



**CONFÉRENCE INTERAFRICAINNE DES
MARCHÉS D'ASSURANCES
(CIMA)**



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

BP 1575 YAOUNDÉ – Tél : (+237) 22 20 71 52 – FAX : (+237) 22 20 71 51

E-mail: iaa@cameroun.com

Site web: <http://www.iiacameroun.com>

Yaoundé/Cameroun

**MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME DE MASTER PROFESSIONNEL EN ASSURANCE
(MPA)
(Cycle III – 1^{ère} promotion 2020 – 2022)**

THÈME

**RENTABILITE DE LA BRANCHE MALADIE DANS UNE COMPAGNIE
D'ASSRANCE : CAS DE SUNU ASSURANCES IARD MALI**

Réalisé et soutenu par

DRISSA KONE

Etudiant en MPA

*Option : Contrôle et
Risk management*



Sous la direction de

ALASSANE DRAME

*Chef de service réassurance et
surveillance de portefeuille*

Novembre 2022



DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à mon défunt père feu Karim KONE, qui a fait de mon éducation un investissement personnel.

Papa j'aurais voulu que vous soyez des nôtres ces jours-ci.

Néanmoins, c'est l'occasion pour moi de prier Dieu, le tout puissant pour le repos éternel de votre âme dans le paradis.

REMERCIEMENTS

Nous ne saurions rédiger ce mémoire sans témoigner notre gratitude à tous ceux qui nous ont permis d'effectuer ce stage académique, et à tous ceux qui nous ont soutenu dans divers domaines : moral, académique et financier. Il s'agit plus particulièrement de :

- Monsieur **Odon KOUPAKI**, Directeur Général de l'Institut International des Assurances ainsi que l'ensemble du personnel de l'Institut pour leur accompagnement.
- Monsieur **Dembo DANFAKHA**, Directeur des Etudes de l'Institut International des Assurances et à l'ensemble du corps professoral.
- Monsieur **Allaye KAREMBE**, Directeur de la Division Nationale des Assurances pour toutes les facilités et diligences qu'il nous accordé
- Monsieur **Lassana OUATTARA**, Directeur Général de SUNU Assurance IARD Mali pour nous avoir accepté comme stagiaire dans sa structure.
- Monsieur **Barema TRAORE**, Directeur souscription.
- Monsieur **Ahmadou TOURE**, Directeur du développement commercial.
- Monsieur **Alassane DRAME**, chef de département réassurance et surveillance de portefeuille et mon directeur de mémoire pour son accompagnement à réaliser ce présent travail.
- Ma mère **Aissata SAMAKE** pour son affection tout au long de mon parcours.
- À Tous mes camarades de la 1^{ère} promotion MPA.
- L'ensemble du personnel de SUNU Assurance IARD Mali, pour leur franche collaboration et leur sympathie tout au long de notre séjour.

Et un grand merci à tous ceux qui ne sont pas nommément cité.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AD	Acceptation Dommages
ARD	Autres Risques directs Dommages
AMO	Assurance Maladie obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
CA	Chiffre d'Affaires
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CIMA	Conférence Inter africaine des Marchés d'Assurances
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CSCR	Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
DNA	Division Nationale des Assurances
FANAF	Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines
IIA	Institut International des Assurances
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
OGD	Organisme Gestionnaire Délégué
PE	Primes émises
PED	Pays en Développement
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
RAMED	Régime d'Assistance Médicale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les émissions de primes, évolution et part de marché par branche des compagnies d'assurances.....	20
Tableau 2 : Les prestations payées par branche et la part des sinistres dans les primes émises	23
Tableau 3 : Le ratio combiné	24
Tableau 4 : Emissions de primes de 2019 à 2021	25
Tableau 5 : Evolution des émissions de primes de SUNU	26
Tableau 6 : Les sinistres et la part des sinistres dans les primes émises	28
Tableau 7 : Les indicateurs de mesure de la rentabilité technique	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Emission des primes par catégories de 2018 à 2020	21
Figure 2 : la part des émissions de primes par branche en 2020.....	21
Figure 3 : Evolution des émissions par branche.....	22
Figure 4 : Le chiffre d'affaires de la branche maladie.....	26
Figure 5 : Evolution du chiffre d'affaires dans le portefeuille de SUNU Assurances IARD Mali	27

GLOSSAIRE

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de l'état de santé constaté par une autorité médicale compétente et constituant une atteinte corporelle grave.

Portefeuille : c'est l'ensemble des contrats de la compagnie dans une branche.

Ratio combiné : Le ratio combiné est un indicateur utilisé en assurance pour évaluer la rentabilité technique d'une branche ou d'une activité.

Assurance Maladie : c'est un contrat par lequel l'assureur, en échange d'une prime, promet, au cas où l'assuré serait, durant la période de garantie, atteint dans sa propre personne par une maladie, de lui rembourser tout ou partie des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par la réalisation du risque.

Mutualité : système de solidarité entre membres d'un groupe à base d'entraide simultanée et réciproque. Les mutuelles peuvent exister dans n'importe quel secteur d'activité (agricole, économique, artisanal, sanitaire etc.).

Mutuelle de santé : association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité afin de faire face aux conséquences du risque de mauvaise santé au moyen de la cotisation de ses membres.

Ticket modérateur : C'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient.

Assurance maladie publique : système d'assurance maladie sociale obligatoire ou légale, couramment connu sous le nom d'assurance maladie de la sécurité sociale.

Assurance maladie privée : système où chacun est libre de s'acheter sa protection auprès d'une compagnie d'assurance.

Hospitalisation : Séjour dans les infrastructures hospitalières ou en clinique prescrit par un médecin.

RESUME

Du déficit récurrent aux problèmes de gestion dans le portefeuille des compagnies d'assurances, la branche maladie n'a pas bonne presse auprès des sociétés d'assurances au Mali.

Intéressé par cette question de rentabilité, nous avons choisi, en commun accord avec notre directeur de mémoire, un thème qui s'intitule : « Rentabilité de la branche maladie dans une compagnie d'Assurance : Cas de SUNU Assurances IARD Mali ».

Notre travail a eu pour objectif d'analyser les différents systèmes de couverture et de se pencher sur la question d'optimisation des résultats de la branche dans les compagnies. Il s'agit de faire en sorte qu'il y ait une corrélation positive entre l'évolution du chiffre d'affaires et la rentabilité du portefeuille maladie, grâce à des éléments techniques et la mise en place de certaines pratiques organisationnelles.

Ce faisant, nous avons d'abord étudié l'assurance maladie obligatoire "l'AMO", le régime d'assistance médicale "RAMED" et les mutuelles d'assurances maladie pour expliquer comment fonctionne la couverture sanitaire au niveau publique. Ensuite, nous sommes intéressés à la gestion des contrats maladie dans le portefeuille de SUNU avant d'analyser l'évolution du chiffre d'affaires et la sinistralité de la branche maladie.

Il ressort de cette étude que la gestion des contrats souffre de certains dysfonctionnements et d'insuffisances techniques.

Ainsi, l'analyse révèle qu'entre 2019 et 2021, le CA global de SUNU a baissé de 4.5% contre une augmentation vertigineuse de 80.18% du CA de la branche maladie. La sinistralité du portefeuille s'est considérablement améliorée de 2019 à 2021 en passant de 79% à 42%. Le ratio combiné est au-dessus du seuil critique (100%) pour les années 2019 et 2020 et ensuite, il s'est établi à 92 % en 2021 traduisant ainsi la mise en application des recommandations de précédentes études.

Ce faisant, ce S/P faible en 2021 ne doit pas cacher certaines difficultés qui entravent la gestion efficace du portefeuille (logiciel non performant, personnel insuffisant, substitution des personnes, absence de médecin conseil permanent, le marchandage des tarifs, etc.).

Pour y remédier, nous avons formulé des recommandations à l'endroit de la direction devant aboutir à l'amélioration des résultats techniques de la branche dans le portefeuille de SUNU.

ABSTRACT

From the recurrent deficit to the management problems in the insurance companies' portfolio, the health branch does not have good press with the insurance companies in Mali.

Interested in this question of profitability, we chose, in agreement with our thesis director, a theme entitled: "Profitability of the health branch in an insurance company: the case of SUNU Assurance IARD Mali".

The objective of our work was to analyze the different systems of coverage and to address the issue of optimizing the results of the branch in companies.

The aim is to ensure that there is a positive correlation between the evolution of the turnover and the profitability of the health portfolio, thanks to technical elements and the implementation of certain organizational practices.

In doing so, we first studied the compulsory health insurance "AMO", the medical assistance scheme "RAMED" and the health insurance mutuals to explain how health coverage works at the public level. Then, we are interested in the management of health contracts in the SUNU portfolio before analyzing the evolution of the turnover and the loss ratio of the health branch.

This study shows that the management of contracts suffers from certain dysfunctions and technical deficiencies.

Thus, the analysis reveals that between 2019 and 2021, SUNU's overall turnover has decreased by 4.5%, compared to a staggering 80.18% increase in turnover for the health branch. The portfolio's loss ratio improved significantly from 2019 to 2021 from 79% to 42%. The combined ratio is above the critical threshold (100%) for the years 2019 and 2020 before reaching 92% in 2021 reflecting the implementation of previous study recommendations.

In doing so, this low S/P in 2021 should not hide certain difficulties that hinder the efficient management of the portfolio (non-performing software, insufficient staff, substitution of persons, connivance between the clinics under contract and the insured, underpricing, etc.).

To remedy this, we have made recommendations to management that should lead to optimizing the technical result of the branch in the SUNU portfolio.

SOMMAIRE(Plan)

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS.....	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	III
Liste des tableaux	IV
Liste des figures	V
GLOSSAIRE	VI
RESUME	VII
ABSTRACT	VIII
SOMMAIRE(PLAN).....	IX
AVANT PROPOS	X
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE.....	5
CHAPITRE I : COUVERTURE AU NIVEAU DE L'ASSURANCE PUBLIQUE/PRIVEE	6
Section 1 : couverture au niveau de l'assurance publique.....	6
Section 2 : couverture au niveau de l'assurance privée	12
CHAPITRE II : LES CHIFFRES CLES DE LA BRANCHE MALADIE	20
Section 1 : Les émissions des compagnies non vie sur le marché d'assurance.....	20
Section 2 : Les émissions de la branche maladie de SUNU assurances IARD	25
DEUXIEME PARTIE : OPTIMISATION POUR UNE MEILLEURE RENTABILITE DE LA BRANCHE MALADIE	30
CHAPITRE I : SINISTRALITE ET AUTRES DIFFICULTES	31
Section 1 : La sinistralité	31
Section 2 : Les différents cas de fraudes.....	34
CHAPITRE II : TARIFICATION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS	41
Section 1 : Tarifications et rémunérations des intermédiaires.....	41
Section 2 : Les mesures de contrôle.....	44
RECOMMANDATIONS	49
CONCLUSION GENERALE	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	53
ANNEXE	55
TABLE DES MATIERES	59

AVANT PROPOS

Au terme de notre formation de MPA, Option Contrôle et Risk Management, à l'Institut International des Assurances (IIA) de Yaoundé, plusieurs sujets ont retenu notre attention : promouvoir l'assurance vie au Mali, réflexion sur une offre spécifique d'assurance dans les pays de la zone CIMA, diversification des assurances obligatoires au Mali, rentabilité de la branche maladie dans une compagnie d'assurance.

Ce dernier thème a le plus suscité d'intérêt en nous. Plusieurs condisciples en fin de formation ont réfléchi en effet selon différentes approches sur la question de la rentabilité de la branche maladie des compagnies d'assurances. Des propositions et suggestions sont faites par les professionnels du métier afin d'inverser cette tendance de déficit récurrent.

Ce fut par ailleurs les principales recommandations de notre mémoire intitulé « Rentabilité de la branche maladie dans une compagnie d'assurance : Cas de SUNU Assurance IARD Mali » présenté et soutenu en 2022 en Master Professionnel en Assurance (MPA) à l'Institut International des Assurances de Yaoundé.

Les connaissances théoriques apprises à l'IIA combinées à celles du stage pratique au sein de SUNU Assurance IARD Mali, nous ont permis de nous imprégner de la gestion du portefeuille maladie et donc de savoir que l'assurance maladie est confrontée à d'énormes problèmes de gestions qui concourent à sa forte sinistralité et du coup à son résultat déficitaire.

Aussi nous osons nous essayer au délicat exercice d'expliquer la couverture de santé au niveau publique et celle commercialisée par les compagnies privées.

INTRODUCTION GENERALE

L'assurance santé est un marché difficile et complexe à la rentabilité incertaine et peu maîtrisée. Cette particularité lui confère la qualité de produit d'appel en ce sens qu'elle permet de faire entrer d'autres risques dans le portefeuille de la compagnie. La maladie est un risque pour lequel il est aisé de convaincre de la nécessité d'une couverture d'assurance, de ce fait, elle est la première sollicitée par le grand public en dehors de toute obligation.

La part de l'assurance maladie croît dans les portefeuilles des compagnies d'assurances¹, et représente souvent le second risque après l'automobile, et, malgré cela, cette branche n'a pas bonne presse auprès des assureurs en raison de ses résultats qui laissent à désirer.

Les primes émises connaissent une hausse régulière depuis des années avec un ratio de sinistres à primes qui est assez élevé de (l'ordre de 70%)² relativement stable dans la Zone Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines (FANAF) depuis quelques années. Les ratios combinés sont très élevés (au-dessus de 100%) dans presque tous les pays de la FANAF et traduisent donc les pertes subies par les assureurs dans cette branche.

L'on se pose alors la question de savoir l'intérêt qu'a l'assureur à maintenir dans son portefeuille un tel produit.

Par conséquent, il est compréhensible que la question de l'optimisation de la rentabilité de l'assurance maladie soit au centre des préoccupations dans tous les marchés.

C'est pourquoi, SUNU Assurance IARD Mali désire améliorer la gestion de son portefeuille maladie en vue de rendre cette branche rentable.

C'est ce qui donne tout intérêt à l'étude du thème libellé « rentabilité de la branche maladie dans une compagnie d'assurance : cas de SUNU Assurance IARD MALI »

La maîtrise de la sinistralité et des cas de fraude sont des conditions sine qua none pour optimiser le résultat technique de cette branche pour les compagnies.

Par soucis de précision et pour ne pas que les données soient biaisées, il nous semble nécessaire de circonscrire le champ de notre recherche sur la période 2019 à 2021, qui

¹ MOULONG (G T) DG Saham Assurance Cameroun ; Etat Généraux des lieux de l'assurance maladie en Zone CIMA

² MONGOSSO'O (N) DG Allianz Togo Assurances ; Etat Généraux de l'assurance assurance maladie et couverture universelle : quelle complémentarité ; Abidjan, le 08 Mars 2018

correspond à l'après acquisition de la filiale ALLIANZ Mali par SUNU Assurance IARD Mali.

Le lexique des assurances définit l'assurance comme : « l'opération par laquelle une personne physique ou morale, moyennant le paiement d'une cotisation (ou d'une prime) acquiert pour elle ou pour un tiers (Assuré) un droit à prestation (ou indemnité) en cas de réalisation d'un risque ».

Selon le Professeur HERMAND³ (J) « l'assurance est une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation par une autre partie, l'assureur qui, prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique ».

La maladie est toute altération de l'état de santé d'un individu constatée par une autorité médicale compétente⁴.

La rentabilité fait référence aux avantages qui ont été ou peuvent être obtenus d'un investissement. Il s'agit en d'autres termes de l'excédent de gains obtenu après une activité.

De nombreux écrits sont produits sur l'assurance maladie, et l'économie de la santé. Une brève revue des questions liées au présent thème de mémoire s'avère nécessaire pour une meilleure compréhension du thème.

A travers leur article « Dépenses et utilisation de soins de santé » JOUILIL (Y), LECHHEB (H) et OUAKIL (H) estiment que les principaux problèmes liés à l'assurance maladie sont la sélection adverse, l'aléa moral et l'abus de l'assurance maladie. Ils soutiennent que l'abus des soins de santé peut être expliqué, non pas parce que les assurés sont davantage exposés à la maladie, mais plutôt parce qu'ils ont davantage recours aux soins morbides et aux actes de prévention. Ce phénomène est connu des spécialistes de la microéconomie de la santé par son risque moral qui entraîne une surconsommation des soins de santé. Ainsi, une corrélation positive devrait exister entre le montant des dépenses de santé et le niveau de couverture⁵.

De nombreux professionnels du métier s'accordent sur le fait qu'un taux de remboursement élevé peut pousser les gens à consommer plus de soins de santé. Pour limiter les

³ HERMAND (J), théorie et pratiques des assurances terrestres, Paris, 1924

⁴ OLANDZOBO (C) ; cours de risques divers, IIA année académique 2020-2022

⁵ Une revue de littérature théorique et empirique : dépenses et utilisation de soins ; 2018.v14n33p156

comportements de surconsommation, ils préconisent une couverture incomplète. En d'autres termes, une partie de la charge de soins doit être supportée par l'assuré afin de modérer ses dépenses de santé.

Trouver une solution à l'érosion des résultats de l'assurance maladie est à cet effet pertinente en ce sens qu'elle présente un double intérêt théorique et pratique.

Sur le plan théorique, elle contribuera à enrichir la littérature sur les assurances en portant une réflexion poussée sur la rentabilité de la branche maladie.

Sur le plan empirique, aborder la question du déficit de la maladie dans le portefeuille des compagnies d'assurances, nous permettra de déceler d'éventuelles dysfonctionnements et d'insuffisances dans la gestion du portefeuille afin de proposer des actions correctives devant permettre à l'amélioration du résultat technique de la branche.

L'objectif principal de ce présent travail est d'analyser le déficit chronique de la branche maladie dans le résultat d'exploitation des compagnies d'assurances.

Comme objectif secondaire nous voulons spécifiquement à travers cette recherche, améliorer le résultat technique et assainir la gestion de la branche.

Pour atteindre les objectifs de ce travail, nous formulons les hypothèses ci-après :

Hypothèse 1 : L'évolution du chiffre d'affaires influence la sinistralité de la branche.

Hypothèse 2 : La gestion de la branche maladie impacte le résultat technique de l'assurance.

De façon générale et pour atteindre les objectifs, une démarche méthodologique en trois (3) phases a été adoptée et déclinée comme suit : la phase de collecte des données, la phase de dépouillement-traitement et celle d'analyse des données.

La phase de collecte de données s'est effectuée de manières différentes à savoir : entretien individuel, enquête sur questionnaire, recherche documentaire, recherche internet.

L'entretien individuel a consisté à interroger des personnes ressources (administrateurs, les médecins, les opticiens, les pharmaciens, les assureurs).

L'enquête sur questionnaire s'est effectuée au sein de la compagnie d'assurance, et de la Division Nationale des Assurances et dans les sociétés de courtage.

La recherche documentaire a consisté en une fouille bibliographique de documents écrits sur l'assurance maladie en Afrique, et plus précisément dans la zone CIMA⁶, sur la contribution de cette branche dans le résultat d'exploitation des compagnies.

⁶ La Conférence Internationale des Marchés d'Assurance (CIMA) regroupe les pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Mali, Niger, République Centrafricaine, Sénégal, Tchad, Togo

La recherche internet ainsi que des constats tout au long de la période de stage nous ont permis de connaître des informations générales sur l'assurance maladie.

Le dépouillement et le traitement ont été réalisés manuellement.

L'analyse a été sous-tendue dans le souci d'être objectif et de dégager des pistes de recommandations sur les problèmes décelés à travers cette recherche.

La présente étude vient s'ajouter à toutes celles déjà réalisées, sur l'assurance maladie et plus loin, celle sur le résultat technique de la branche notamment, en ce qui concerne l'optimisation de la rentabilité de la branche maladie dans le portefeuille des compagnies d'assurances.

Dans le souci d'une restitution cohérente et pertinente de notre travail, nous analysons les systèmes de couverture sanitaire et les chiffres clés de la branche en première partie puis, ensuite nous évoquons l'optimisation de la rentabilité de cette branche dans le portefeuille de SUNU Assurances IARD Mali.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE

Dans le premier chapitre de notre étude nous ferons le point sur les systèmes de couverture sanitaire (publique et privée) au Mali avant d'évoquer la part de la branche maladie dans le portefeuille des compagnies du marché et plus singulièrement celui de SUNU Assurance IARD.

CHAPITRE I : COUVERTURE AU NIVEAU DE L'ASSURANCE PUBLIQUE/PRIVEE

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie.

Dans la plupart des pays Africains, une grande partie de l'assurance maladie est prise en charge par l'Etat. C'est d'ailleurs l'une des composantes fondamentales de la politique de protection sociale.

L'assurance maladie doit être encouragée plus que toute assurance car tout être humain est toujours atteint au cours de sa vie d'une maladie mais tout être ne possèdera pas forcément un véhicule ou un immeuble à assurer.

Ceci nous conduira d'évoquer les différents mécanismes de couverture sanitaire au Mali.

Section 1 : couverture au niveau de l'assurance publique

L'assurance maladie publique peut être définie comme une méthode de financement et de gestion des soins de santé qui consiste à répartir la charge des coûts de soins médicaux dispensés aux patients sur une période, à un groupe de personnes qui partagent ainsi le risque du coût desdits soins médicaux⁷.

Elle suppose donc la création par une législation, d'un régime d'assurance sociale financé par des cotisations et parfois aussi, par des subventions, dans le but de réaliser ou d'atteindre certains objectifs de la politique nationale en matière de santé publique.

Dans le régime d'assurance maladie publique, les organismes en charge de la gestion sont généralement à but non lucratif, à la différence des assurances privées. De plus, l'affiliation est généralement obligatoire contrairement aux assurances privées qui reposent sur des bases volontaires.

Par ailleurs même lorsque l'affiliation n'est pas obligatoire, d'autres mécanismes sont utilisés pour éviter une mauvaise sélection des risques.

Le montant de la cotisation en assurance publique n'est nullement lié aux risques qui pèsent sur la santé des assurés, mais plutôt lié soit à leurs gains ou soit forfaitaire.

La formule consacrée ici est que « chacun paie en fonction de ses moyens et bénéficie des prestations en fonction de ses besoins ».

⁷ Définition au sens de la sécurité sociale

Au Mali, la forte croissance démographique qui impacte négativement les indicateurs de développement économique ainsi que le niveau de vie des populations a contraint l'Etat de mettre en place des politiques sociales de protection conséquente.

Cette protection sociale englobe à la fois les régimes contributifs (régimes auxquels les bénéficiaires contribuent en partie, tels que les systèmes d'assurance sociale et/ou mutuelles de santé) ; et les régimes non contributifs (à travers lesquels les transferts sociaux, en espèces ou en nature, sont octroyés aux bénéficiaires sans contrepartie de leur part). Elle agit surtout sur la demande, à travers des mécanismes qui cherchent à renforcer les capacités des individus et des groupes à faire face aux besoins de la vie et de briser les barrières, tant économiques que sociales, qui limitent leur accès aux services et aux bénéfices du développement. Parmi ces régimes non contributifs l'on retrouve le RAMED.

Paragraphe 1 : Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été créé par la loi N°09-015 du 26 Juin 2009, pour permettre la couverture des soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles en charge⁸. La CANAM est l'organisme de gestion de l'AMO.

1.1 Organisme de gestion

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)⁹ est un établissement public à caractère administratif, créée par la loi N°09-016 du 29 juin 2009. Elle est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Sa mission est la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Les attributions de la CANAM sont :

- L'encaissement des cotisations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- L'immatriculation des employeurs et des assurés, et la mise à jour des droits des bénéficiaires ;
- L'allocation aux Organismes Gestionnaires Délégués (INPS et la CMSS) des dotations de gestion couvrant leurs dépenses techniques et de gestion courante ;
- La passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement ;

⁸ Informations tirées de la loi N° 09 -015 du 26 juin 2009 portant création de l'AMO

⁹ Ces éléments ont été tirés de la loi N° 09 -016 du 29 juin 2009 portant création de la CANAM

- L'appui aux Organismes Gestionnaires Délégués (OGD) et le contrôle de leurs activités ;
- Le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- L'établissement des statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- La consolidation des comptes des Organismes Gestionnaires Délégués.

Dans son fonctionnement, la CANAM délègue une partie de ses attributions à l'INPS et la CMSS en tant qu'Organismes Gestionnaires Délégués. En vertu d'un accord signé entre la CANAM et chacune de ces deux institutions, ces dernières se voient alors déléguées certaines tâches, notamment la pré-immatriculation et le recouvrement des cotisations de l'AMO auprès de leurs affiliés respectifs.

L'institut National de Prévoyance Sociale (INPS) se charge des travailleurs salariés et non-salariés, les pensionnaires des régimes privés.

L'INPS est un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, créé en 1961 selon la loi 61-59/AN-RM du 15 mai 1961. Le Ministère en charge du développement social et de la solidarité assure la tutelle administrative alors que le Ministère en charge de l'économie et des finances assure la tutelle financière.

Quant à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS), elle s'occupe des fonctionnaires civils et militaires, les députés, les retraités de la fonction publique.

1.2 Aspect technique de l'AMO

Sur le plan technique, l'AMO se présente ainsi qu'il suit :

Les prestataires de soins conventionnés sont automatiquement l'ensemble des formations de soins publiques, communautaires, à but non lucratif, et des structures privées dès lors que la qualité de leur service sera considérée comme satisfaisante et que les tarifs qu'elles pratiquent seront jugés acceptables.

La prise en charge des soins ambulatoires dans un établissement conventionné est de 70% pour tous les soins effectués hors hospitalisation (consultation générale ou spécialisée, les soins préventifs et curatifs, les analyses de laboratoire, la radiologie et l'imagerie médicale, les actes de médecine générale et les actes chirurgicaux).

Par contre les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 80 %. Les médicaments (inscrits dans une liste) sont couverts par l'AMO à 70% à condition qu'ils soient délivrés par une pharmacie conventionnée par la CANAM.

Sont exclus du panier de soins les maladies et interventions gratuitement prises en charge par l'État (lèpre, VIH, Césarienne etc.).

1.3 Les assujettis de l'AMO

Sont assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire, les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code de travail, c'est à dire ceux assurés à l'INPS, les fonctionnaires civils de l'Etat et des collectivités territoriales, les militaires, les députés, c'est-à-dire ceux affiliés à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale. Les titulaires des pensions des secteurs publics et privés, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pensions militaires, les employeurs du secteur public et privé sont aussi éligibles au régime.

1.4 Les bénéficiaires de l'AMO

En vertu de la loi portant création de l'AMO, ses bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge. Sont considérés comme membres de la famille à charge de l'assuré, le(s) conjoints, les enfants et les ascendants directs.

Le droit aux prestations de l'AMO est maintenu pour l'assuré et ses ayants droit, pendant :

- ❖ 6 mois maximum à compter de la date à laquelle les conditions ne sont plus remplies ;
- ❖ 1 an aux ayants droit d'un assuré décédé qui ne bénéficie d'aucune pension de survivant.

Aussi il importe de souligner que pour bénéficier de l'AMO, l'assuré doit verser des cotisations pendant au moins 6 mois consécutifs. Le panier de soins de l'AMO comprend les soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité.

L'AMO garantit la prise en charge directe d'une partie des frais de santé par la CANAM (70 à 80%), l'autre partie reste à la charge de l'assuré sous forme de ticket modérateur (30 à 20 %). La garantie donne accès à ces structures conventionnées avec imposition d'un ticket modérateur de 20 ou 30 %. Toutefois l'assuré peut souscrire à une assurance complémentaire pour couvrir les frais restants à sa charge.

1.5 Cotisation

L'assurance maladie publique a un but social contrairement à l'assurance privée qui, a un but lucratif et dans laquelle l'assureur fixe le montant de la prime en fonction du risque individuel. Le système de cotisation de l'AMO fonctionne sur la base d'une retenue

à la source et suivant une répartition des taux entre l'employeur (l'Etat dans le cas des affiliés de la CMSS) et le salarié.

La couverture des charges du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire est assurée par une cotisation en deux parts : la part de l'employeur et celle du fonctionnaire pour les agents publics ou les salariés pour les privés.

Pour les pensionnés, la part de la cotisation est unique.

a. Taux de cotisation

Les taux de cotisation de l'AMO sont fixés comme suit :

Salarié en activité (public ou privé)	3.06%
Employeur (Etat ou Collectivité)	4.48%
Employeur secteur privé	3.5%
Pensionnés	0.75%
Assuré volontaire	6.56%

b. Assiette de cotisation

L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut d'appartenance des personnes assujetties :

- Pour les salariés et les fonctionnaires civils et militaires, la cotisation est assise sur l'ensemble des rémunérations perçues par ces personnes, y compris les indemnités et primes.
- Pour les députés, la cotisation est assise sur les indemnités parlementaires.
- Pour les titulaires de pensions, la cotisation est assise sur le montant de la pension servie par les régimes de retraite de l'assurance publique à l'exception de la pension de retraite complémentaire, lorsqu'elle existe.

Paragraphe 2 : Les autres systèmes de couvertures d'assurances maladie publique.

2.1 Le système d'assurance mutualiste

Le développement de la mutualité est retenu comme l'une des stratégies pour assurer la couverture des risques sociaux en général et ceux liés à la maladie en particulier. Au Mali, le système mutualiste constitue l'un des axes de la déclaration de politique nationale de protection sociale, du Cadre Stratégique de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (CSCR) et du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS).

La structure faitière des mutuelles au Mali est l'Union Technique de la Mutuelle (UTM). Sa mission est d'améliorer l'accessibilité financière de la population malienne aux

soins de santé de qualité. Elle reçoit ainsi un appui financier et logistique de l'Etat pour mener à bien sa mission.

Risques couverts par les mutuelles¹⁰

Les risques couverts par les mutuelles de santé au Mali se retrouvent à travers les services qu'elles offrent à leurs membres. Il s'agit de la prise en charge partielle ou totale de :

- La santé préventive et promotionnelle : consultation pré et postnatale, suivi des nourrissons sains, vaccination, planification familiale, éducation à la santé, assainissement, etc.
- Les soins curatifs : consultations, soins infirmiers, médicaments, analyse de laboratoire, maladies chroniques, malnutrition et récupération nutritionnelle, etc.
- Les soins hospitaliers : hébergement, actes médicaux, chirurgicaux et médicaments
- Les soins spécialisés : consultation de médecins spécialistes, actes médicaux tels que radiologie, biologie clinique, soins dentaires et ophtalmologiques, etc.
- Le transport des malades : évacuation, référence.

Jusqu'à présent, la majorité des mutuelles se limitent aux prestations offertes au niveau des centres de santé communautaire (CS Com), où sont prodigués les soins de premier niveau selon la pyramide sanitaire du Mali, et ne couvrent pas les risques les plus chers.

2. 2 Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED)¹¹ a été créé par la loi N°09/030 du 27 juillet 2009 au profit des personnes et leurs ayants droit qui ne sont pas couvertes par le système d'assurance et qui sont indigentes. Ce régime est géré par l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM), créée en vertu du décret-loi N°09/554 du 12 Octobre 2009.

a. Les bénéficiaires du RAMED

Les bénéficiaires du RAMED sont les personnes reconnues comme indigentes par les autorités compétentes, ainsi que leurs dépendants. Les personnes considérées comme ayant droit à charge sont :

- ✓ Les conjoints ;

¹⁰ Stratégie nationale d'extension de la couverture des mutuelles de santé

¹¹ Ces données ont été tirées de la loi n° 09-031 du 27 juillet 2009 instituant le RAMED et des rapports d'activités de l'ANAM

- ✓ Les enfants âgés de moins de 14 ans ;
- ✓ Les enfants âgés de 14 à 21 ans s'ils poursuivent des études ;
- ✓ Les enfants handicapés, quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

Sont aussi admis de droit au bénéfice du RAMED :

- ✓ Les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinats, ou des établissements de rééducation et des enfants abandonnés ou des adultes sans famille hébergeant dans un établissement public ou privé à but non lucratif ;
- ✓ Les pensionnaires des établissements pénitentiaires ;
- ✓ Les personnes sans domicile fixe.

Pour pouvoir bénéficier du RAMED, la personne doit s'immatriculer auprès de l'ANAM, disposer d'un certificat d'indigence délivré par la mairie du lieu d'habitation, ne pas être assujettie à l'AMO et être sans ressources.

b. Les prestations couvertes par le RAMED

Le panier de soins du RAMED couvre notamment :

- Les soins hospitaliers ;
- Les produits pharmaceutiques ;
- Les prestations de maternité ;
- Les soins ambulatoires

Tous ces soins doivent être fournis dans un établissement public ou communautaire conventionné et sont pris en charge à 100 %.

c. Financement

Les ressources du RAMED sont constituées essentiellement par les contributions annuelles de l'Etat et des collectivités territoriales. Les taux de contribution sont de 65% pour l'Etat et de 35% pour les collectivités territoriales.

Section 2 : couverture au niveau de l'assurance privée

L'assurance maladie privée fait référence aux plans d'assurance maladie commercialisés par l'industrie de l'assurance privée, par opposition aux programmes d'assurances gérés par le gouvernement. L'assurance maladie privée progresse

actuellement dans le paysage des soins de santé au Mali, couvrant de plus en plus une partie importante de la population.

La couverture comprend des polices obtenues par le biais d'une assurance parrainée par l'employeur (police souscrite par les entreprises pour le compte de leur employé) et une partie des maliens achète la couverture en dehors du lieu de travail sur le marché de l'assurance maladie individuelle.

Pour avoir un aperçu sur l'assurance maladie, nous nous sommes intéressés à l'étude du système d'offre technique et du mode de gestion des contrats maladies de SUNU Assurance IARD Mali.

Paragraphe 1 : Offre technique d'un contrat d'assurance maladie

Il importe de prime abord d'expliquer les particularités de l'assurance maladie privée de façon générale avant de décliner l'offre technique.

1.1 Les particularités de l'assurance maladie :

a. Les différentes formes de l'assurance privée

La plupart des sociétés d'assurances au Mali propose une assurance maladie destinée à des groupes de personnes. Ainsi, ce sont des entreprises qui souscrivent à cette assurance pour leur personnel en payant annuellement une prime. Elle permet de couvrir l'individu, son époux et/ou épouse, et ses enfants, jusqu'à concurrence d'un nombre limité. Des cartes leurs sont fournies et avec celles-ci, les assurés se présentent dans des centres ou hôpitaux agréés par la compagnie d'assurance.

L'assurance Maladie revêt de deux formes différentes que sont :

- ✓ La première forme est tout simplement une assurance financière ce qui implique que l'individu est assuré et ses soins sont remboursés par la compagnie suivant les pièces justificatives et dans la limite des plafonds de garantie fixé dans le contrat. Ils préfinancent donc tous leurs soins. C'est le système de remboursement direct
- ✓ Pour ce qui est de la deuxième forme, C'est celui qui a le plus la cote. La compagnie d'assurance constitue un réseau de soins c'est-à-dire qu'elle entre en contact avec certains établissements constituant le réseau. Ce peut être par exemple des cliniques, pharmacies, cabinets dentaires, etc.... L'assureur achète une sorte d'abonnement à ce réseau de soins et le revend à l'utilisateur. Ainsi l'assuré n'a pas le

choix, il doit se faire soigner dans les établissements conventionnés. C'est le tiers payant. Toutefois, il peut avoir une coexistence de ces deux modèles.

En effet l'assurance maladie appartient à la famille des assurances de personnes, qui proposent des contrats destinés à protéger les individus des risques qui portent atteinte à leur intégrité physique.

La branche maladie est souvent considérée comme un produit d'appel pour les compagnies d'assurances, et c'est pourquoi très souvent, la souscription à une police d'assurance maladie est conditionnée à l'apport d'autres risques dans le portefeuille de la compagnie. Ainsi les mauvais risques souscrits dans cette branche seront alors compensés par les autres affaires apportées.

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

Toutefois les contrats d'assurances par appels d'offres ne sont pas soumis à cette condition.

b. Aspect technique

✚ **Prime** : Elles dépendent, à la fois du plafond de remboursement pour les différentes prestations, de l'étendue des garanties, et de l'âge de l'assuré.

✚ **Le système de règlement de sinistre**

En assurance, nous distinguons deux principes de règlement de sinistre que sont le principe indemnitaire et le principe forfaitaire. Les assurances de dommages obéissent au principe indemnitaire alors que les assurances de personnes obéissent au principe forfaitaire.

Cependant l'assurance maladie obéit à la fois au principe indemnitaire (en ce qui concerne le remboursement des frais de santé) et au principe forfaitaire (le forfait d'hospitalisation).

✚ **Les délais de carence**

Il s'agit d'une période, décomptée à partir de la souscription et variable selon les contrats (de quelques jours à quelques mois), pendant laquelle certaines prestations ne sont pas prises en charge par l'assureur. Pendant ce délai, la personne assurée ne pourra pas bénéficier des remboursements pour les prestations concernées. Dans un même contrat, ces délais peuvent être différents en fonction de la nature de la maladie ou des actes médicaux.

Exemple : Pour le cas de grossesse, un délai de carence de 9 mois pour la femme enceinte peut être appliqué pour les garanties telles que les actes obstétriques, le forfait maternité ou encore la chambre particulière.

Un délai de carence de 3 à 4 mois peut être appliqué en cas de remboursement dentaire.

Pour un délai de carence de 3 mois, commençant le 15 janvier, date d'effet du contrat, la protection de l'assuré débutera le 15 avril. Si un événement survient entre le 15 janvier et le 15 avril, l'assuré n'est pas garanti. Si l'événement survient après le 15 avril, l'assureur le prendra en charge.

1.2 Offre technique d'un contrat maladie de SUNU assurance IARD Mali

a. Objet des contrats

Les contrats d'assurances maladie de SUNU sont pour la plupart des contrats groupes. Elle compte aussi quelque contrat individuel dans son portefeuille.

Le contrat a pour objet d'assurer le personnel d'une structure ainsi que leurs familles pour les garanties ci-après :

- 100% ; 90% ; 80% sous le régime de remboursement des frais médicaux et en hospitalisation avec évacuation sanitaire et/ ou non
- 100% ; 90% ; 80% sous le régime de prise en charge des frais médicaux et en hospitalisation avec évacuation sanitaire et/ou pas.

b. Formalités d'adhésions

Après la souscription du contrat par la société, chaque assuré admissible doit compléter une fiche d'adhésion comportant les informations relatives à l'état civil et aux membres de sa famille appelés à bénéficier des garanties du contrat. Il devra également fournir à la compagnie, une attestation de scolarité pour les enfants de 21 à 25 ans.

Le souscripteur est légalement tenu de remettre à chaque assuré une notice, établie par la compagnie, qui définit la ou les garanties et les modalités d'applications.

Il doit également informer l'assuré des modifications qu'il est prévu d'apporter à ses droits et obligations.

c. Délai d'attente et reprises des maladies antérieures

En ce qui concerne la période de l'existence de l'assurance et de sa cessation, l'assurance se poursuit pendant l'existence du contrat et prend fin pour chaque assuré :

- A la date de rupture du contrat de travail pour les contrats groupes souscrits par les sociétés pour leur personnel.
- A la date de liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée.
- Pour l'ensemble des assurés la cessation de l'assurance est fixée à la date de résiliation du contrat.

Les délais d'attentes ou de carences sont supprimés par SUNU en raison du caractère général de l'assurance. De ce fait les maladies dont la première constatation médicale est intervenue avant la prise d'effet du contrat sont garanties.

d. Bénéficiaires des garanties

Au titre du contrat, le terme bénéficiaire recouvre indifféremment :

- Le personnel de la société ;
- Les conjoints et/ ou conjointes ;
- Les enfants à charge (légitimes, naturels ou adoptés) jusqu'à 21 ans révolus ou jusqu'à 25 ans révolus sous justificatifs de scolarité, sauf s'ils sont mariés et exercent une activité rémunérée.
- Toutefois les enfants handicapés se trouvant dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle bénéficient des garanties tant qu'ils demeurent à la charge de l'assuré, sous réserve de la production des justificatifs correspondants.

Les enfants nés après la souscription sont garantis sans aucun délai d'attente à condition :

- Qu'il soit écoulé au moins trois mois entre la date de prise d'effet du contrat et le jour de naissance,
- Que la déclaration de naissance soit faite à la compagnie dans le mois qui suit cette naissance,
- Que l'assuré s'engage à s'acquitter de la prime correspondante.

e. Etendue de la garantie

Les frais médicaux sont les frais relatifs à des actes effectués par un médecin régulièrement autorisé ou prescrits par un médecin régulièrement autorisé et effectués par un praticien qui, lui aussi régulièrement autorisé, en cas de maladie.

Les frais médicaux donnant lieu à une prestation sont ceux-ci après :

- ✓ Hospitalisation médicale et chirurgies ;
- ✓ Frais pharmaceutiques en hospitalisation ;
- ✓ Consultations ;
- ✓ Frais pharmaceutiques en ambulatoire ;
- ✓ Analyses médicales /radiologies/biologiques ;
- ✓ Dentaires ;

- ✓ Prothèses ;
- ✓ Optique ;
- ✓ Transports vers l'hôpital par ambulance ;
- ✓ Maternité ;
- ✓ Auxiliaires médicaux ;
- ✓ Pathologies particulières.

Les frais médicaux doivent être exposés dans un établissement hospitalier public ou privé régulièrement autorisé.

Cependant le choix du praticien et de l'établissement incombe au bénéficiaire sous réserve qu'il s'agisse d'un praticien diplômé et d'un établissement régulièrement autorisé. Toutefois une limitation des garanties est fixée par assuré et par famille.

f. Système de paiement des dépenses de santé

La compagnie dispose de deux systèmes de paiement des dépenses de santé.

Lorsque la prestation est réalisée dans un établissement de santé membre du réseau de soins SUNU, l'assuré bénéficie automatiquement du système de tiers payant :

➤ **Système de tiers payant**

Les soins sont prodigués dans les établissements conventionnés par la compagnie sur présentation de la carte d'assuré.

Ce système évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par la compagnie pour les soins qu'ils ont prodigués ou les produits qu'ils ont délivrés.

Cependant, lorsque la prestation est réalisée dans un établissement de santé non membre du réseau de soins SUNU, l'assuré bénéficie automatiquement du système classique (remboursement direct) uniquement :

➤ **Système classique ou hors tiers payant**

L'assuré fait l'avance de fond et se rembourse par la compagnie. Il se fait soigner ou paie ses produits pharmaceutiques dans l'officine ou le centre de santé de son choix. Le délai de remboursement est de 15 jours à partir de la date de dépôt des dossiers. Toutefois lors de la demande en réclamation adressée à SUNU, il devra présenter les pièces justificatives des frais engagés.

Les remboursements concernant les frais de soins sont soumis au principe indemnitaire, conformément à l'article 31 du code CIMA, qui énonce que l'indemnité due par l'assureur ne peut pas dépasser le montant du sinistre.

Paragraphe 2 : Gestion du contrat

2.1 Paiement de la prime et des prestations

a. La cotisation

La prime est payable en fonction de la durée du contrat par le souscripteur. A défaut de paiement, la compagnie d'assurance pourra mettre en demeure le souscripteur, suspendre et résilier le contrat selon les dispositions du code des assurances.

b. Les prestations

Pour ce qui concerne le remboursement des frais engagés, toutes les réclamations doivent être adressées à la compagnie ou au courtier gestionnaire de la police d'assurance à cet effet.

Chaque demande, doit comporter les pièces justificatives des frais engagés notamment : la feuille de maladie dûment remplie et signée par le médecin traitant accompagnée de la note d'honoraire détaillée (actes pratiqués), de l'ordonnance, de la facture du pharmacien.

Toute demande de remboursement en cours d'exercice du contrat, devra se faire au plus tard (3) mois à compter de la date des frais et /ou prestations ont été exposés, sous peine de forclusion (perte de droit), sauf cas de force majeur.

Cependant, à l'échéance du contrat, toutes les réclamations relatives aux dépenses engagées pendant la période de garantie, devront se faire à la compagnie au plus tard dans les trois (3) mois qui suivent l'année d'assurance.

Le bénéficiaire devra présenter la carte d'affiliation à l'assurance santé pour bénéficier de la prise en charge. Cette carte est délivrée par la compagnie dans un délai de quinze (15) jours ouvrés à compter de la date de réception des informations et devra nécessairement être présentée aux médecins et praticiens agréés.

Le délai de remboursement des frais de santé exposés est de quinze (15) jours ouvrés à compter de la date de réception par l'assureur des pièces justificatives.

2.2 Clause d'ajustement

La clause d'ajustement vise à pallier aux risques d'insuffisances constatées par manque de connaissance du profil de l'assuré à la souscription. Ce scénario est très fréquent en assurance maladie.

L'insertion de cette clause cherche à corriger la sous tarification qui résulte de ce manque de connaissance de profil de l'assuré par une régularisation de la prime à la fin de

la période. Il n'en demeure pas que certains souscripteurs refusent cette clause à l'échéance des contrats et conduisent souvent à la résiliation des contrats.

C'est ainsi que certaines polices toujours déficitaires sont déplacées au renouvellement pour ne pas se voir appliquer la clause d'ajustement pourtant contractuelle.

Exemple : Après les neuf (9) premiers mois de l'année d'assurance, SUNU établit le compte de résultat faisant apparaître :

- ✚ Les primes et/ou cotisations prévisionnelles et les régularisations.
- ✚ Les prestations payées jusqu'à cette date pour les soins engagés dans l'exercice de référence, la provision pour sinistres à payer pour l'exercice de référence, la perte de l'exercice précédent et les frais de gestion.

Le rapport ainsi établi permet d'analyser la situation du contrat. En fonction du rapport (S/P), un ajustement de la prime sera établi et s'effectuera sur les bases prédéfinies dans le contrat. Toute modification des primes résultant de l'application de la clause est notifiée par la compagnie au souscripteur, dès la constatation des résultats techniques et au plus tard un mois avant l'échéance du contrat.

Lorsque cette modification entrainera une majoration de prime, le souscripteur aura la faculté d'en refuser l'application. Et dans cette éventualité, le souscripteur devra faire connaître son refus à la compagnie au moyen d'une lettre recommandée au plus tard un mois après la notification par l'assureur du rapport Sinistres/Primes (S/P). Ce refus entraînera la résiliation du contrat au terme d'un nouveau délai d'un mois.

Exemple d'un avenant de renouvellement d'une police maladie.

Nombre de personne à assurer 15 dont 5 adultes et 10 enfants

Territorialité : monde entier

Couverture : 80% Chirurgie, hospitalisation, accouchement, soins médicaux, maternité

Système de remboursement : hors tiers payant

Plafond de garantie : 2 500 000 par assuré et 5 000 000 par famille.

S/P n-1 : 42.86% Ajustement : - 10%

Ainsi la prime totale à payer s'élève à **3 943 200 FCFA (Trois millions neuf cent quarante-trois mille deux cent francs CFA).**

CHAPITRE II : LES CHIFFRES CLES DE LA BRANCHE MALADIE

L'appréciation de l'importance du produit au sein du portefeuille des compagnies d'assurance nous permettra de mieux comprendre le déficit de ce produit. C'est pourquoi dans ce chapitre nous nous sommes intéressés aux émissions de primes et les prestations payées concernant la branche maladie sur le marché malien d'une part et d'autre part pour SUNU Assurances.

Section 1 : Les émissions des compagnies non vie sur le marché d'assurance

Il sera question pour nous, dans cette section, de faire une analyse des primes émises, la part et le taux de variation des émissions de primes de chaque branche d'activité des compagnies œuvrant sur le marché national.

Cette analyse se portera sur les chiffres du marché malien pour la période de 2018 à 2020.

Paragraphe 1 : les émissions de primes

Tableau 1 : Les émissions de primes, évolution et part de marché par branche des compagnies d'assurances.

Catégories	2018			2019			2020		
	Primes Emises	% dans le CA	Evol En (%)	Primes Emises	% dans le CA	Evol En (%)	Primes Emises	% dans le CA	Evol En (%)
Auto	14 869 000 000	39.38	-1.48	15 523 000 000	39.14	4.40	15 192 385 973	36.01	-2.13
Incendie	7 662 000 000	20.29	19.94	8 160 000 000	20.58	6.50	8 845 718 636	20.96	8.40
Transport	4 817 000 000	12.76	-3.43	4 696 000 000	11.84	-2.51	4 743 597 275	11.24	1.01
AC& M	6 865 000 000	18.18	18.98	8 081 000 000	20.38	17.71	8 782 342 278	20.81	8.68
RC Générale	1287000000	3.41	-13.1	1 374 000 000	3.46	6.76	1 585 284 139	3.76	15.38
ARD	1 914 000 000	5.07	-28.64	1 447 000 000	3.65	-24.4	2 550 756 427	6.05	76.28
AD	348 000 000	0.92	-32.03	376 000 000	0.95	8.05	493 672 491	1.17	31.30
Total	37 762 000 000	100	2.30	39 657 000 000	100	5.02	42 193 757 219	100	6.40

Source : Division nationale des assurances rapport annuel 2020

Figure 1 : Emission des primes par catégories de 2018 à 2020

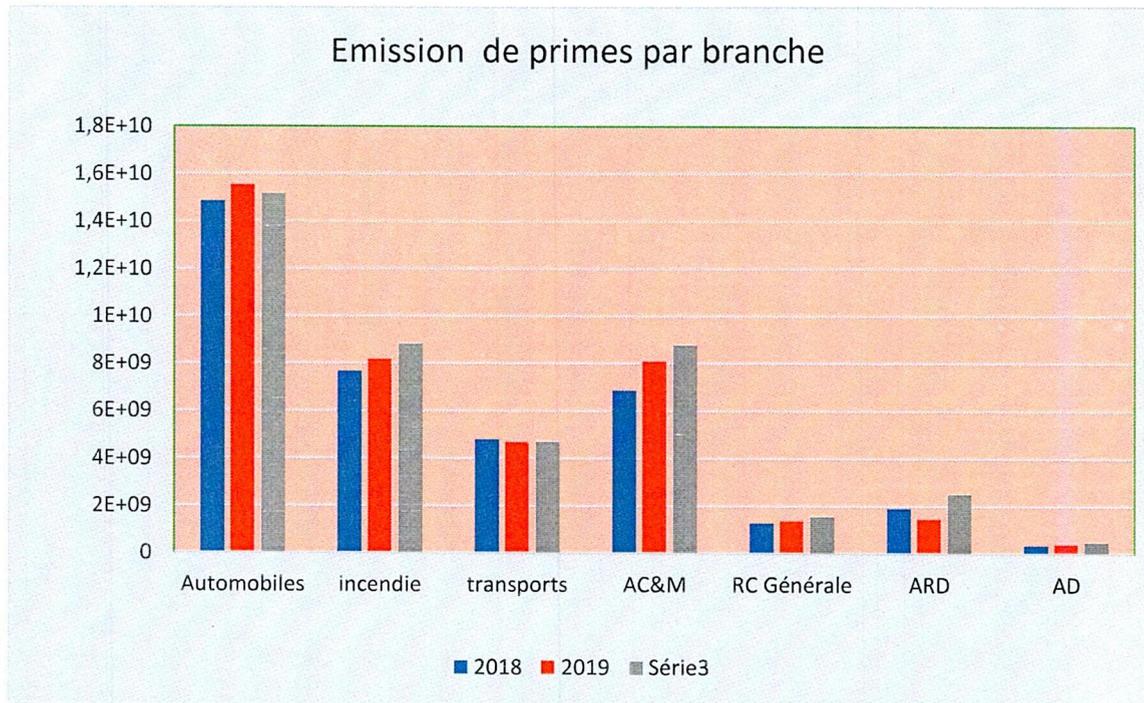


Figure 2 : la part des émissions de primes par branche en 2020

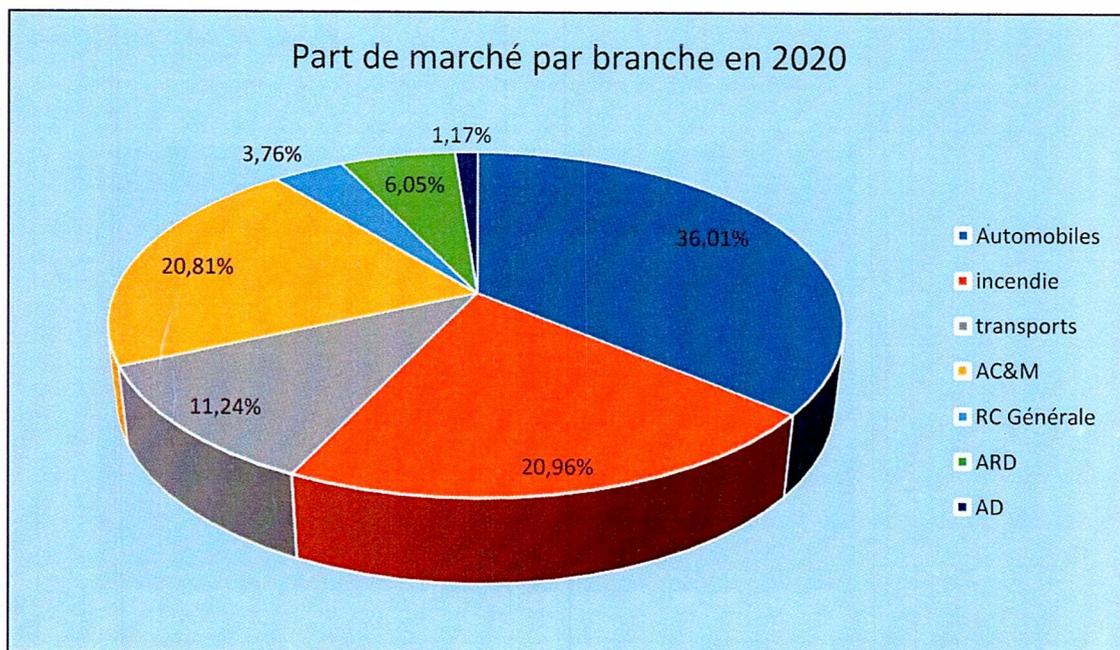
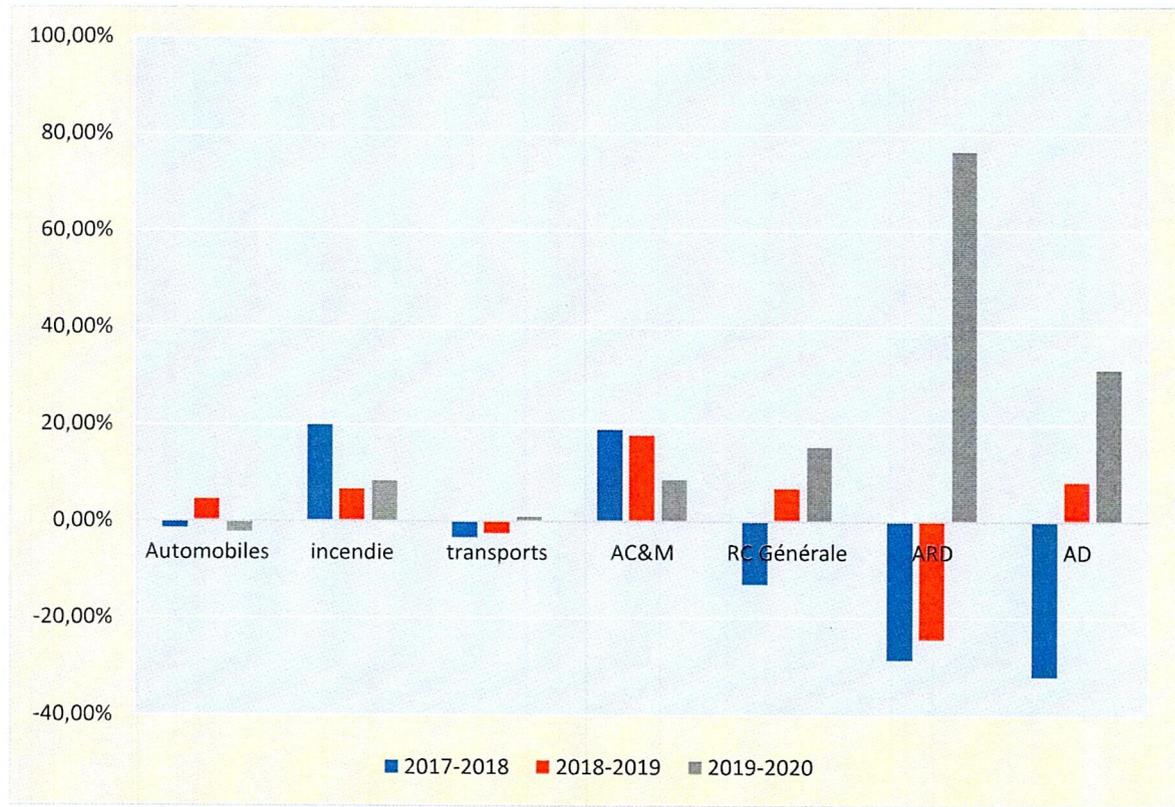


Figure 3 : Evolution des émissions par branche

L'analyse de la première figure (F1) nous révèle que les primes émises des sociétés non vie augmentent d'année en année depuis 2018. Elles passent de 37 762 millions FCFA en 2018 à 39 657 millions FCFA en 2019, soit une hausse de 5.02%, pour se situer à 42 193 millions FCFA en 2020, correspondant à un accroissement de 6.40% selon le tableau 1.

En 2020, le marché non vie est dominé par l'automobile avec 36.01% de part de marché pour des émissions de 15 192 millions FCFA. Elle est suivie par l'incendie, la maladie et le transport pour des parts de marché respectives de 20.96% ; 20.81% et 11.24% comme en témoigne la figure (F2). Les acceptations dommages "AD" et RC générale ont les parts les plus faibles.

L'évolution de 6.40% du chiffre d'affaires des compagnies non vies provient de la hausse des émissions de la plupart des branches commercialisées.

L'augmentation la plus importante est enregistrée par les Autres Risques et Dommages "ARD" avec un taux de 76.28%, suivi de la branche "AD" pour un taux de 31.30%. Cependant la branche incendie et Accident corporel et maladie ont connu des évolutions peu importantes en passant respectivement de 8,16 milliards FCFA en 2019 à

8,845 milliards FCFA en 2020 (soit 20.96%) et de 8,081 milliards en 2019 à 8,782 milliards FCFA en 2020 (soit 20.81%).

S'agissant de la branche maladie, il apparait clairement en observant ce tableau que les ventes sont en progression. Toutefois la progression est moins remarquable de 2019 à 2020 avec seulement (8.68%). Aussi sur la période, nous constatons une baisse du taux de croissance de la branche (F3) qui passe de 19% en 2018 pour s'établir à 9% en 2020.

Une période qui a été marquée par le coup d'Etat du 18 Août 2020 avec ses conséquences économiques. Cette baisse pourra s'expliquer aussi, par l'épidémie de covid 2019, dans la mesure où l'essentiel des contrats maladie dans le portefeuille des compagnies sont des contrats groupes souscrits par les sociétés et ONG exerçant dans le pays.

Nous remarquons que la maladie est la troisième branche la plus importante du marché non vie avec respectivement 18,18% en 2018 ; 20,38% en 2019 et 20,81% en 2020 des primes émises.

Paragraphe 2 : les prestations et charges de sinistres

Tableau 2 : Les prestations payées par branche et la part des sinistres dans les primes émises

Catégories	2018			2019			2020		
	Prestations	% dans les PE	Evolu Tion	Prestations	% dans les PE	Evolu Tion	Prestations	% dans les PE	Evolu Tion
Automobile	3 899 000 000	26,22%	3,01%	4 787 000 000	30,84%	22,78%	3 945 278 717	25,97%	-17,58%
Incendie	2 643 000 000	34,49%	-0,86%	1 495 000 000	18,32%	43,44%	1 795 894 833	20,30%	20,13%
Transports	1 270 000 000	26,36%	128,83%	1 996 000 000	42,5%	57,17%	2 044 803 288	43,11%	2,45%
AC&M	4 246 000 000	61,85%	12,87%	5 881 000 000	72,7%	38,51%	5 780 015 071	65,81%	-1,72%
RC Générale	457 000 000	35,51%	144,3%	536 000 000	39,01%	17,29%	122 167 772	7,71%	-77,21%
ARD	950 000 000	49,63%	43,29%	239 000 000	16,52%	74,84%	1 618 783 083	63,46%	577,32%
AD	461 000 000	132,47%	-43,50%	80 000 000	21,28%	82,65%	109 269 975	22,13%	36,59%
TOTAL	13 926 000 000	36,86%	12,00%	15 014 000 000	37,88%	7,81%	15 416 212 739	36,54%	2,68%

Le tableau 2 nous révèle que les sinistres payés par les compagnies non vie sont passés de 15 014 millions FCFA en 2019 à 15 416 millions FCFA en 2020, soit une hausse de 2.68%. L'évolution de 2.68% des sinistres payés par les compagnies non vie est

essentiellement soutenue par les efforts effectués au niveau des branches ‘‘ Autres Risques Directs Dommages (577%), ‘‘AD (37%), ‘‘Incendie (20%) ‘‘.

L'évolution la plus importante est observée au niveau des autres risques et dommages avec un accroissement de 577% du montant par rapport à l'année précédente.

Par contre la branche Automobile, Accidents corporels et Maladie, la RC Générale ont enregistré respectivement une diminution de 18% ; 2% et de 77%.

En 2020, la branche maladie a payé plus de sinistres pour un montant de 5 780 millions FCFA représentant 66% de ses émissions. Elle est suivie par la branche automobile dont les paiements de sinistres ont atteint 26% de ses émissions correspondant à un montant total de 3 945 millions FCFA.

En revanche la branche Acceptations dommages à le moins payé les sinistres pour un montant de 109 millions FCFA soient 22% de son chiffre d'affaires.

A cet effet, les branches qui ont enregistré des règlements de sinistres les plus importants sont les ‘‘Accidents corporels et Maladies’’ et ‘‘l'Automobile’’.

Pour la première, les paiements ont représenté 66% du chiffre d'affaires et pour la seconde, ils ont représenté 26% des émissions de primes de 2020.

Tableau 3 : Le ratio combiné

	Toutes Branches	AC&M
Primes	42 193 757 219	8 782 342 278
Dotation	375 356 175	215 646 327
Primes Acquise	42 569 113 394	8 997 988 605
Charges sinistres	14 171 974 611	6 104 454 837
S/P	33%	68%
Commission	5 753 595 765	1 194 430 097
Commission/PE	14%	14%
Autres charges	10 499 427 919	1 864 973 599
Autres charges/PE	25%	21%
Ratio Combiné	72%	103%
Produits financiers	1 181 914 718	219 291 393
Produits financiers/PE	3%	2%
Ratio d'exploitation	69%	100%
Résultat brut	13 326 029 817	53 421 465

Le résultat brut des compagnies d'assurances est bénéficiaire de 13 326 millions FCFA au titre de l'exercice 2020 grâce aux excédents dégagés par toutes les branches.

La sinistralité globale est de 33% qui est largement en dessous des 65% qui représente le seuil critique selon la décomposition théorique des primes. La maladie est sortie avec un résultat brut de réassurance de 53 millions FCFA.

Le ratio de sinistres à prime de la branche est de 68% dépassant ainsi le seuil critique des 65% selon la décomposition théorique des primes en 2020.

Le ratio combiné de la branche maladie s'établit à 103% et montre que ce produit est déficitaire. Le déficit est un peu corrigé par les produits financiers malgré la faiblesse de ces produits due au fait que la maladie est une branche à déroulement rapide.

En effet la contribution du produit financier au résultat technique est relativement stable d'une année à l'autre et n'impacte que légèrement les branches à déroulement rapide.

Il importe de noter que le ratio combiné global est de 72 % ce qui traduit un résultat positif pour les compagnies d'assurances du marché et de disposer à cet effet d'une grande marge de manœuvre.

Les Autres charges représentent 21% des émissions de 2020, excédant ainsi la norme de 15% comme frais généraux selon la norme. Cela explique le coût de gestion élevé de cette branche pour les compagnies. Cependant les commissions sont maîtrisées dans l'ensemble par les compagnies.

Section 2 : Les émissions de la branche maladie de SUNU assurances IARD

Paragraphe 1 : La part de la branche maladie dans les émissions

Tableau 4 : Emissions de primes de 2019 à 2021

Année	CA globale	CA Maladie	Part dans le CA
2019	7 134 047 000	509 460 000	7,14%
2020	6 259 814 000	699 934 000	11,18%
2021	6 811 394 503	917 959 000	13,48%

Source SUNU Assurances IARD Mali (direction souscription)

Tableau 5 : Evolution des émissions de primes de SUNU

	Taux d'évolution	
	2020/2019	2021/2020
CA Global	-12,25%	8,81%
CA Maladie	37,39%	31,15%

Source SUNU Assurances (direction souscription)

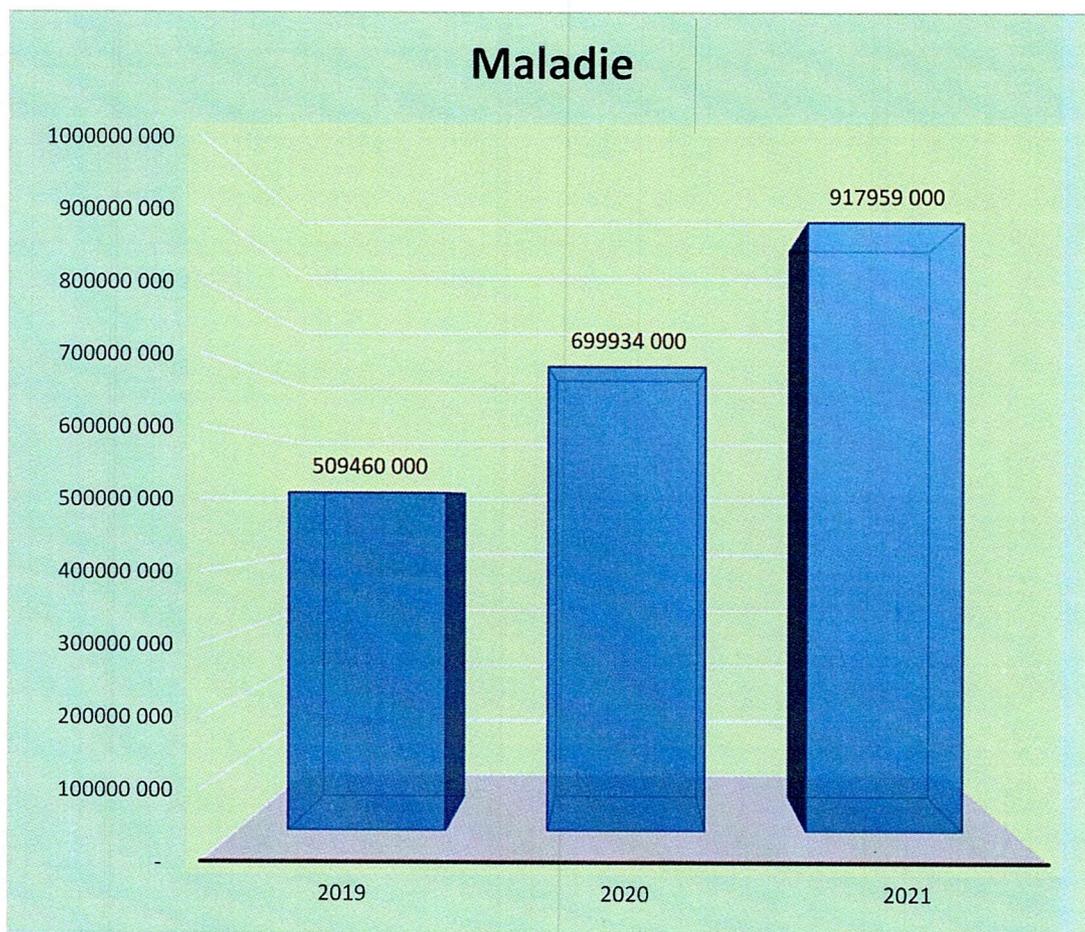
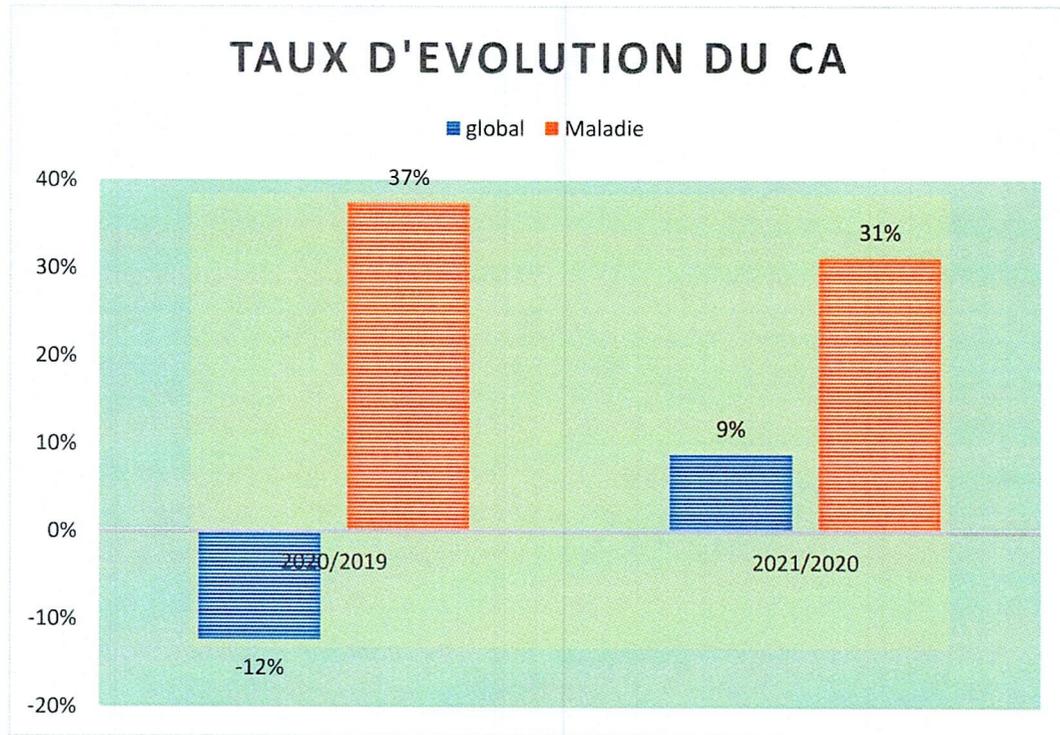
Figure 4 : Le chiffre d'affaires de la branche maladie

Figure 5 : Evolution du chiffre d'affaires dans le portefeuille de SUNU Assurances IARD Mali



La baisse du chiffre d'affaires global de 12.5%, soit de 2020 par rapport à 2019 s'explique par une réduction de primes sur le transport et les annulations de primes sur la branche dommages aux biens selon la compagnie. Les primes émises ont par la suite connu une hausse en 2021(6 811 millions FCFA).

S'agissant de la branche maladie, les émissions connaissent une hausse régulière sur la période 2019 – 2021 en passant de 509 millions FCA à 917 millions FCFA comme en illustre la figure (F4).

Selon la figure 5, la dynamique de progression du CA est plus importante pour la branche maladie que pour l'ensemble du portefeuille sur la période. Toujours en observant cette figure (F5), nous remarquons une baisse du volume des émissions globales de 2020/2019, pendant que la branche maladie continue son ascension dans le portefeuille.

Le poids de la branche à son tour table autour de 13.48% en 2021 contre 11.18% en 2020 et 7.14% en 2019 selon le tableau 4.

Cette progression des émissions de la branche maladie fait d'elle la troisième branche la plus commercialisée par SUNU en 2021 après l'automobile, et l'incendie.

Paragraphe 2 : Les prestations payées dans la branche maladie

L'activité de l'assureur s'apparente à la vente de promesse et c'est à la survenance du sinistre que l'assuré saura si l'assureur est à même de tenir cette promesse. La survenance du sinistre fait donc jouer la garantie par l'assureur. C'est ce qui doit justifier la rapidité dans le déroulement (instructions, règlement, paiement) des sinistres dans cette branche.

La célérité dans le développement des sinistres peut donner une meilleure réputation à la compagnie auprès des assurés. La réputation se construit au fur et à mesure, elle est à protéger et à entretenir. Elle constitue un avantage concurrentiel pour la compagnie.¹²

En assurance maladie, on parle de sinistre dès lors que survient une maladie telle que définie par l'assureur.

Quant à la maladie, elle est définie par l'assureur comme toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

Dans ce paragraphe, on analysera l'évolution des prestations et le poids des prestations dans les primes émises.

Tableau 6 : Les sinistres et la part des sinistres dans les primes émises

	2019		2020		2021	
	Charges des prestations	% dans le CA	Charges des prestations	% dans le CA	Charges des prestations	% dans le CA
Global	1 933 993 000	27%	1 901 241 000	30%	2 276 504 000	33%
Maladie	402 098 000	79%	387 982 000	55%	388 040 000	42%

A la différence des autres branches de l'assurance, il ne s'agit pas uniquement d'évaluer et de dédommager des sinistres, mais de garantir une prise en charge, d'interagir avec les professionnels de la santé et de gérer des dossiers au quotidien.

¹² LUISOT (J P) ; cours de Risk management ; IIA 2022

La charge des prestations s'élève à 2 276 millions FCFA en 2021 pour toutes les branches confondues contre respectivement 1 901 millions FCFA en 2020 et 1 933 millions FCFA en 2019. La majeure partie des éléments constitutifs des prestations en non vie sont des sinistres (y compris frais de gestion des sinistres et nets de recours).

Pour la branche maladie, à travers le tableau 6, nous constatons une légère baisse des prestations payées en 2020 par rapport à 2019 soit de 32 millions, qui est suivie d'une légère reprise en 2021 par rapport à 2020. Ces prestations représentent 42% des primes émises en 2021 contre 55% et 79% respectivement en 2020 et 2019. Donc sur la période la gestion de la branche maladie s'améliore d'année en année ce qui explique la baisse de la part des prestations dans les émissions.

DEUXIEME PARTIE : OPTIMISATION POUR UNE MEILLEURE RENTABILITE DE LA BRANCHE MALADIE

La branche maladie se développe mais en soumettant les compagnies d'assurances à des risques (de plus en plus élevés) de pertes quasi structurelles.

Pour parvenir à la rentabilité de la branche maladie, il faut passer en revue les principaux obstacles en termes d'impacts car ils sont nombreux.

Les principaux obstacles sont constitués de la sinistralité élevée d'une part et, d'autre part des cas de fraudes de diverses natures.

CHAPITRE I : SINISTRALITE ET AUTRES DIFFICULTES

La forte sinistralité de la branche maladie au Mali comme dans beaucoup de pays, rend ce produit difficilement rentable, à cela s'ajoute les différents cas de fraudes. Ces facteurs annihilent les résultats de ce produit pour les compagnies.

Ce chapitre étudiera le problème de sinistralité de la branche maladie en section 1 avant d'entamer les différents cas de fraudes en section 2.

Section 1 : La sinistralité

Cette section analyse le ratio de sinistres à primes en paragraphe 1 et ensuite dans le paragraphe 2, elle aborde les cas de fraude dont la branche est confrontée.

Paragraphe 1 : Le ratio de sinistres à primes

Le ratio de sinistre à primes est le rapport entre la charge de sinistres et les primes acquises. Il permet de comparer la rentabilité technique et la profitabilité des différentes branches commercialisées par les entreprises d'assurances. En effet, il peut être comptable ou statistique.

Il est comptable si l'on rapporte la charge de sinistres à la prime acquise comptable. Mais ce ratio s'avère non pertinent¹³ du fait des raisons suivantes :

- ✓ Il peut être négatif, ce qui est absurde ;
- ✓ Il comprend un « mixte » des informations de plusieurs exercices de survenance, ou le rapport des sinistres d'un exercice de survenance sur les primes d'un exercice d'acquisition différent, ce qui ne donne pas de sens technique ;
- ✓ Il ne permet pas d'apprécier la sinistralité ou le résultat technique en comparaison avec les hypothèses de tarification.

Le ratio de sinistre à primes peut être statistique et dans ce cas on rapporte la charge des sinistres survenus de l'exercice d'inventaire à la prime acquise statistique (prime émise de l'exercice déduite de la variation des primes à reporter).

¹³ ABLEGUE (H F) ; cours de confection des états statistiques CIMA ; cours 2022

Dans notre étude le S/P est hybride. Nous n'avons pas tenu compte de la variation des provisions compte tenu du déroulement rapide de la branche. Il est le résultat du rapport entre les primes émises de l'exercice et les sinistres payés.

Tableau 7 : Les indicateurs de mesure de la rentabilité technique

Année	2019	2020	2021
Primes Emises	509 460 000	699 934 000	917 959 000
Sinistres	402 098 000	387 982 000	388 040 000
S/P	79%	55%	42%
Commissions	98 455 000	112 528 000	149 160 000
Commissions/PE	19%	16%	16%
Autres charges	161 128 599	231 126 004	308 546 318
Autres charges/ PE	32%	33%	34%
Ratio combiné	130%	105%	92%

Sur la période, le ratio de sinistres à primes de la branche maladie a régressé en passant respectivement de 79% en 2019 à 55% en 2020 pour s'établir à 42% en 2021. Il s'améliore considérablement sur la période pour la branche. Il faut rappeler que selon la décomposition théorique de la prime, ce ratio doit être compris entre 65 et 66%.

Nous constatons qu'à part l'année 2019 où il dépasse ce seuil critique, pour les autres années, il est en deçà des 65%. La sinistralité globale de la société est de 33% en 2021, 30% en 2020 et 27% en 2019.

De ce constat, l'on pourrait dire que la branche maladie a contribué à la détérioration du S/P global de la compagnie.

Il convient de souligner que la branche maladie ne fait pas l'objet de réassurance dans le portefeuille de SUNU. Les réassureurs, compte tenu, des résultats déficitaires et la fréquence des sinistres sont réticents sur cette branche. Même la cession légale au premier franc de la CICA-RE ne concerne pas la branche.

Il est évident que cette branche ne bénéficie pas alors, des avantages que lui aurait procuré la réassurance surtout pour améliorer ses résultats techniques.

Paragraphe 2 : Les frais de gestion et le ratio combiné

2.1 Les frais gestion

Il s'agit de la somme des commissions et autres charges rapportées aux primes émises.

Taux de Frais de Gestion= (Commission + Autre Charges) / Primes émises

Il est à noter que les autres charges de la branche maladie ont été obtenues en affectant au prorata du chiffre d'affaires de la branche les autres charges nettes totales de la compagnie tirée du CEG (Autres charges – produit accessoire).

Le taux de frais de gestion tourne autour de 50% sur la période. Les charges d'acquisitions et de gestion nettes sont essentiellement composées des frais d'acquisition et d'administration. Ces frais représentent tant les frais de fonctionnement directement engagé par les organismes que les rémunérations des délégataires (commissions versées aux réseaux apporteurs d'affaires, rémunérations des courtiers gestionnaires, ...).

Le taux de frais de gestion s'élève en moyenne pour les exercices à 50%, ce qui s'avère très élevé par rapport au seuil des 35% selon la décomposition théorique des primes. Ce taux élevé des frais de gestion détériore significativement le ratio combiné de la branche.

2.2 Le ratio combiné

$$\text{Ratio combiné} = S/P + FG/PE + \text{Commission}/PE$$

Le ratio combiné est un indicateur largement utilisé en assurance non vie pour évaluer la rentabilité technique d'une branche ou d'une activité. Il est calculé comme le ratio de la somme de la charge des prestations et des frais rapportés aux primes émises. Donc il combine le ratio de sinistralité et le ratio de frais de gestion.

Le ratio combiné permet d'évaluer la marge existante avant prise en compte du ratio financier.

Lorsqu'il dépasse 100%, l'activité ne dégage pas d'excédents techniques (hors impact de la réassurance et sans prendre en compte les revenus des investissements) ou que la marge avant prise en compte du ratio financier est négative.

Par contre s'il est inférieur à 100%, cela signifie que l'activité dégage un excédent technique ou que la marge avant prise en compte du ratio financier est positive.

Ce ratio est généralement calculé par exercice de souscription pour ne pas imputer les boni ou mali de liquidation des provisions techniques d'un exercice antérieur aux primes acquises à l'exercice courant.

Pour l'exercice 2019, le ratio combiné est de l'ordre de 130 % ce qui est supérieur au seuil critique. En revanche, celui-ci est à hauteur de 92 % pour l'exercice 2021, en baisse comparativement à celui de 2020 qui était de 105%.

La compagnie a pu maîtriser sa sinistralité au fil du temps à travers une politique rigoureuse de souscription des contrats et aussi une politique de suivi de consommation par assuré.

Dans la pratique le ratio combiné est amélioré par le ratio des produits financiers (Produits financiers/ Primes émises). Le ratio combiné doit être diminué du ratio des revenus financiers. Ce ratio mesure la contribution du résultat financier au résultat technique exprimé en pourcentage des primes émises.

Mais compte tenu du déroulement rapide de la branche maladie, les produits financiers sont insignifiants pour contribuer à améliorer le ratio combiné.

Au vu de ces résultats, nous pouvons affirmer que la branche maladie est une branche qui devient rentable dans le portefeuille de SUNU Assurances.

En effet, une simple observation nous permet de constater que seule l'année 2021 répond à cette norme ($< 100\%$). Pour les deux autres exercices le seuil de 100% est dépassé.

Cependant la compagnie a fait beaucoup de progrès dans l'amélioration des résultats de 2019 à 2021.

Aussi la maîtrise de la branche pourra s'expliquer par l'application effective des clauses d'ajustements dans le renouvellement des contrats dont le S/P dépasse 72%.

La gestion efficace du portefeuille maladie nous impose de s'intéresser aux difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne du portefeuille.

Section 2 : Les différents cas de fraudes

L'assurance maladie, comme les autres formes d'assurance, n'est pas à l'abri de problèmes. Les principaux problèmes liés à l'assurance maladie sont la sélection adverse, l'aléa moral et l'abus de l'assurance maladie. Le déficit récurrent de la branche maladie est très souvent imputable aux divers cas de fraudes qui gonflent les prestations payées par les compagnies.

En effet, les principaux acteurs de l'assurance maladie que sont les sociétés de gestion maladie, les officines, les prestataires de soins, tentent chacun à son tour, d'en tirer le maximum de profit en usant parfois de manœuvres frauduleuses. Cette recherche du

profit à tout prix allant croissant pour plusieurs semble répondre à cette célèbre maxime de Nicolas Machiavel « la fin justifie les moyens ¹⁴».

Ces fraudes peuvent être soit du fait de l'assuré, soit celui des prestataires de soins qui augmentent leurs tarifs parce que les patients sont couverts par une police d'assurance. Face à de tels constats, il urge de savoir les origines des fraudes et les moyens pour les réduire. Les sociétés d'assurances sont parfois victimes de fraude lors des indemnisations.

Le revers de la médaille est que toutes les compagnies d'assurances sont confrontées à une fraude énorme, car le système de gestion reste toujours imparfait. La fraude en assurance maladie est quotidienne.

C'est pourquoi dans cette section, nous abordons les cas de fraudes des bénéficiaires dans le paragraphe 1, et ensuite ceux des prestataires et courtiers dans le second paragraphe.

Paragraphe 1 : Fraude des bénéficiaires

Les fraudes des assurés sont caractérisées par l'asymétrie d'information ; la substitution de personne ; la facturation de sinistres fictifs et la modification de la nature de l'affection sur la feuille de soins.

1.1 L'asymétrie d'information

L'information privée dont les individus disposent sur leur état de santé leur offre la possibilité de comportements stratégiques de majoration du niveau de sévérité de leur risque. L'assureur est dans l'impossibilité d'observer directement l'état de santé dans lequel se trouve l'assuré au travers le simple questionnaire médical. Des assurés qui parfois dissimulent les informations utiles à l'assureur dans le seul but de jouer sur la cotisation.

La plupart des contrats maladie dans le portefeuille de SUNU sont des contrats groupe. Dans ces types de contrats, il n'y ait pas recours au formulaire de questionnaire médical pour la souscription des contrats. Ceci concourt le plus souvent à accepter des assurés présentant des pathologies graves et des assurés dont l'état de santé est fragile.

Le seul signal qu'il reçoit sur leur état de santé est la consommation de soins que l'individu effectue pour se soigner, ainsi que son prix. Aussi faut-il souligner le comportement de certain assuré bénéficiant d'une garantie cherchant à tirer le meilleur

¹⁴ MACHIAVEL (N) « Le Prince », Classiques Garnier, édition Bordas 1987, pour la traduction française

profit possible de cette couverture santé. Il cherche à optimiser son utilité en consommant des actes médicaux dont les prix sont rendus moindres par la présence de la couverture santé.

Les médicaments qui pourrissent dans l'armoire à pharmacie donnent d'autant moins mauvaise conscience qu'ils pourront toujours servir un jour à n'importe quelle personne de la famille. De même, plutôt que de fréquenter les centres de soins par nécessité, certains assurés le font par luxe.

1.2 La substitution de personne

C'est le fait pour l'assuré de faire profiter les garanties de la police à des personnes qui n'en n'ont en réalité pas droit, et cela dit-on par « solidarité ». Le pourcentage de fraude par la substitution de l'assuré par un non assuré est une quasi banalité au regard du faible taux de personne prise en charge par un système de santé dans nos pays.

En effet, le bénéficiaire fait soigner sous le couvert de son nom, un parent, une connaissance. Il se fait ensuite délivrer une attestation de prise en charge par l'assureur comme s'il en était réellement le bénéficiaire.

Cette pratique est généralement rencontrée en cas d'hospitalisation.

1.3 Les factures de prestations fictives

L'assurance maladie fonctionne principalement en signant des contrats ou conventions avec un certain nombre de professionnels et établissements de soins, publics ou privés. Ainsi s'établit une séparation claire entre payeurs et prestataires, qui constituent une condition nécessaire d'efficacité technique de la production de service.

Les organismes d'assurances obligatoires sont en principe les mieux placés pour obtenir des prestations de bon niveau de la part des professionnels ou établissements conventionnés. Ils peuvent choisir leurs partenaires et, comme ils représentent un nombre important de bénéficiaires, ils ont une certaine capacité pour fixer le tarif de prise en charge.

Les organismes à adhésion volontaire sont beaucoup plus dépendants des prestataires pour la qualité des services. Lorsque ces derniers sont peu enclins à traiter les malades de façon déontologique, nous observons un mauvais accueil des patients ou une surfacturation.

C'est avec le secteur public que la relation avec les prestataires nuit le plus au développement de l'assurance maladie volontaire et le fait de signer des contrats avec les hôpitaux et les centres de santé à peu d'effet, lorsque les professionnels ne sont pas

convaincus de l'importance de l'assurance pour l'amélioration des établissements. Les infirmiers et les sage-femmes des centres de santé ne sont pas toujours scrupuleux et considèrent parfois l'assurance comme une véritable « vache à lait ».

Dans certains 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 corps médical (médecins et employés de pharmacie). Il est néanmoins certain que ce sont les hôpitaux privés à but non lucratif qui accordent le plus de considération aux patients et qui, de ce fait, sont toujours préférés aux hôpitaux publics.

1.4 Le changement de la nature de la prestation sur la feuille de soins

Conscient de ce que, le contrat exclut d'office telle affection, l'assuré demande au médecin traitant de lui substituer une autre proche d'elle ou une autre dont elle présente un symptôme.

A cette manœuvre, s'ajoute le changement de la date de la prestation surtout lorsque la prestation a lieu pendant le délai de carence et que l'assuré tient à se faire rembourser. A cet effet, il demandera au prestataire de soins d'indiquer une date se situant après expiration du délai de carence.

1.5 Dépassement du plafond dans la consommation et le retrait des cartes

L'atteinte du plafond de garantie dans la consommation par l'assuré donne lieu au retrait de la carte assuré. Mais ce retrait pose d'énormes problèmes ce qui permet à certains d'entre eux de continuer à bénéficier des prestations chez les prestataires.

Aussi faut-il souligner le cas des assurés dont le contrat est expiré, mais l'absence de la période de garantie (date d'effet et d'échéance) sur les cartes permettent à ceux-ci, d'être servis par les prestataires. Ces cas de dysfonctionnement augmentent les actes frauduleux et par ricochet aggravent la sinistralité de cette branche pour la compagnie.

Paragraphe 2 : Cas de fraude du corps médical, des courtiers et de la pratique de la profession

2.1 Cas du corps médical

Une extension de notre étude à l'attitude du corps médical et paramédical ne nous paraît point 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. Il s'agit de la surfacturation et la surcotation des actes médicaux, l'attitude des cliniques privées et la complicité supposée du corps médical, la tarification fantaisiste des frais de soins.

Il est déplorable de constater très souvent l'exagération du tarif des soins et des montants des factures présentés à la compagnie pour remboursement en comparaison du tarif et des factures en l'absence de la couverture d'une police d'assurance. Ce qui traduit une tarification peu uniforme et peu transparente pour les patients.

Pis, des formations sanitaires semblables utilisent des tarifs très différents pour les mêmes actes.

a. La surfacturation

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

Au-delà de cette surfacturation, nous dénonçons le fait que les médecins ne prescrivent pas toujours des produits prenant en compte le rapport efficacité.

Une surprescription de produits pharmaceutiques et d'actes médicaux (laboratoire, imagerie médicale) afin de maximiser les recettes.

b. La complicité supposée du corps médical

Certains cas de fraudes 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 médecin ?

Aussi faut-il souligner le cas des opticiens qui prescrivent et donnent des verres, ce qui n'est pas normal. La prescription des verres n'émane que de l'ophtalmologue seul et de lui seul.

L'objectif inavoué de l'assuré en l'espèce est soit d'obtenir des remboursements importants soit d'aider une connaissance malade. Cette complicité peut se traduire par un désir du médecin traitant de couvrir l'assuré ou même par sa passivité devant un cas de substitution de personne lors d'une hospitalisation.

2.2 L'attitude des cliniques privées

La tendance chez les cliniques privées est d'allonger la durée des hospitalisations des assurés dès qu'elles réalisent qu'un patient est couvert par une police d'assurance maladie, elles n'hésitent pas à allonger la durée d'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 médecins conseils entraînent de l'incompréhension entre les assureurs et les cliniques privées.

Certaines de ces cliniques se spécialisent dans la facturation d'actes fictifs, la non facturation aux assurés du ticket modérateur, la multiplication d'actes sans relation avec la pathologie supposée soignée, leur surfacturation par l'augmentation en nombre et en montant des actes effectivement posés et l'acharnement thérapeutique qui se traduit par exemple par des évacuations sanitaires alors que plus rien n'est possible et que le voyage même peut achever le patient, dès lors qu'il y a un assureur pour payer.

Cette traduction un peu crue de la réalité ne doit pas être interprétée comme une remise en cause de l'éthique des professionnels de santé.

Il n'en demeure pas moins qu'ils sont des agents économiques à part entière dont l'objectif naturel et compréhensible est de vivre le mieux possible de leur activité.

En dehors des divers cas ci-dessus, il y a celui spécifique des sociétés de courtages.

2.3 Cas des courtiers

Les sociétés de gestion gèrent le portefeuille maladie de diverses compagnies. Il peut donc arriver que les frais engagés par les assurés d'une compagnie autre que SUNU puisse être indument imputée à la compagnie. C'est le cas des contrats placés dans un premier temps auprès de SUNU et replacé lors du renouvellement dans une autre compagnie. Cette situation peut être source de confusion et générée des sinistres qui seraient enregistrés sur le compte de SUNU et qui ne lui reviennent pas en réalité.

Les conventions entre les sociétés de gestion maladie (courtiers) et les prestataires de soins prévoient que ceux-ci fassent des réductions aux clients apportés par les sociétés de gestion maladie. Il peut donc arriver que la réduction consentie par le prestataire de soins ne soit pas répercutée sur la facture adressée à la compagnie.

Selon nos investigations une consultation généraliste qui coûte en réalité 2 500f et qui est accordée aux clients du gestionnaire (courtiers) à 2 000f, celle-ci pourrait être

amenée à demander à SUNU le remboursement des 2 500f alors qu'elle n'a payé en réalité que 2 000f d'où une surfacturation de 500 f.

Certains courtiers sans conscience professionnelle et sans vertus, s'adonnent à des pratiques frauduleuses. Il s'agit surtout du reversement tardif des primes encaissées aux compagnies d'assurances.

A cet effet, toute action menée pour réduire les obstacles ci-dessus décrits est de nature à accroître le développement de l'assurance maladie tout en améliorant sa rentabilité.

2.4 Pratique de la profession :

Les assureurs du marché pour un risque qu'ils savent déficitaires, se livrent une concurrence déloyale faite de sous tarification, de reprise d'un portefeuille sans en connaître la statistique et même quand elle est connue, ils pensent pouvoir mieux avec une prime moindre que le précédent assureur. C'est ainsi que certaines polices toujours déficitaires sont déplacées au renouvellement pour ne pas se voir appliquer la clause d'ajustement pourtant contractuelle.

En l'absence d'une base de données partagée par les acteurs d'un même marché sans solidarité engagés dans la lutte pour le chiffre d'affaires dans laquelle le vainqueur est celui qui disparaîtra le dernier, il est illusoire de penser arrêter cette pratique qui à la longue nuit en définitive aux assurés. Pour ce faire, comme garant de la solvabilité des assureurs le régulateur devra intervenir pour assainir le marché.

CHAPITRE II : TARIFICATION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS

Dans ce chapitre il sera d'abord question de la tarification en mettant en lumière les différentes difficultés techniques et ensuite suggérez des pistes de solutions recommandables pour une gestion efficace, rentable et pérenne de la branche maladie dans le portefeuille de SUNU.

Section 1 : Tarifications et rémunérations des intermédiaires

Paragraphe 1 : Primes Pure et Prime nette

1.1 Détermination de la prime

L'étude de la tarification des contrats d'assurance renvoie toujours à la définition de la prime pure. Il s'agit de la plus petite partie de la prime d'assurance évaluée comme le coût du risque, c'est à dire le montant moyen nécessaire à l'assureur pour payer ses obligations envers l'assuré sans profit ni perte pour la compagnie.

Elle peut être évaluée de façon actuarielle lorsque les données à la disposition de l'analyste sont suffisamment complètes et de bonne qualité.

La prime nette désigne le montant restant à l'assureur, pour rembourser ses obligations envers l'assuré, comportant le coût du risque (prime pure) et l'ensemble des frais annexes (frais de gestion + Marge).

Dans ce sens, la détermination de la cotisation ou prime nette prend en compte des éléments de base (charges fixes) pour l'ensemble des produits et des éléments distinctifs de chaque produit (charges variables).

Ce sont donc les charges de fonctionnement évaluées par la compagnie qui différencient la prime pure de la prime nette.

L'idée de la tarification est la segmentation des risques, c'est-à-dire de créer des catégories de risques dans lesquelles se trouvent les assurés présentant des caractéristiques assez similaires en matière de risque de santé. Autrement dit les assurés disposant d'un comportement de consommation semblable s'agissant des dépenses de santé seraient regroupés dans une même catégorie de risque, permettant à l'assureur de proposer un tarif adéquat à ce profil.

C'est pourquoi le processus de cotation de SUNU Assurances tient en compte des variables qui peuvent influencer les dépenses de prestations. Ces variables se résument comme suit :

- ✓ L'âge de l'assuré ;
- ✓ Le sexe de l'assuré ;
- ✓ Le type de bénéficiaire (adhérent, conjoint, enfants ou autres) ;
- ✓ Le nombre d'enfants ;
- ✓ La zone de couverture ;
- ✓ Le niveau de garantie des contrats (taux de couverture, territorialité).

Cependant il n'en demeure pas moins de relever quelques difficultés techniques auxquelles les assureurs font face.

1.2 Les difficultés techniques dans la tarification

➤ La sous tarification et la concurrence déloyale

Il s'agit de la sous tarification et surtout de la concurrence déloyale dans le marché entre les compagnies d'assurances.

Le marché de l'assurance étant un marché concurrentiel, de ce fait, l'assurance maladie commercialisée par les compagnies d'assurances est confrontée à un problème de sous tarification du risque révélant ainsi l'existence d'une concurrence déloyale entre assureurs. En effet cette branche n'étant pas rendue obligatoire par les autorités publiques, il n'existe pas un tarif réglementaire dont le non-respect engendrerait des sanctions.

A cet effet, nous assistons à un marchandage du tarif par les assurés, qui menacent de partir à la concurrence, au détriment de la tarification technique. Les assurés obligent donc les compagnies à adopter une tarification plus comptable (forfaitaire) que réellement assurantielle (fréquence et coûts moyens).

Les coûts d'acquisitions et de gestions des contrats sont élevés surtout avec le système de tiers payant.

Généralement les personnes les plus risquées sont les plus disposées à souscrire une assurance maladie puisqu'elles savent que le montant qu'elles dépenseront pour les soins de santé sera supérieur à la prime qu'elles vont payer. Ceci ne permet pas aux compagnies d'assurance de mutualiser les risques et par la suite de rester financièrement viable.

Dans un contexte de faible pénétration de l'assurance, la mutualisation des frais de santé ne joue pas son plein effet ce qui aggrave le mauvais résultat de la branche.

La logique serait que les assureurs se mettent d'accord pour revoir à la hausse leur tarif. Ceci rendrait un peu plus rentable la branche. L'optimisation de cette branche passerait par une synergie d'action des compagnies du marché.

Les assureurs du Mali doivent revenir aux fondamentaux de leur profession, notamment au lieu de fixer la prime par rapport à la concurrence, adopter plutôt la tarification actuarielle élaborée à partir d'outils plus techniques. Sur cette base, les primes ainsi calculées seraient suffisantes pour payer les sinistres.

➤ **La charge fiscale**

Les entreprises d'assurances sont assujetties à la taxe sur les conventions d'assurance (TCA). Les taux, indiqués par les dispositions du Code des assurances et du Code général des impôts, varient en fonction de la nature de l'activité. Les charges fiscales sont calculées en prenant en compte le montant de la prime nette et les éléments accessoires.

Au Mali, cette taxe est de 20% pour les contrats maladies, ce qui rend la prime un peu plus chère pour les assurés et leurs poussent souvent de demander des réductions commerciales.

Ces réductions conduisent très souvent à la sous tarification au détriment de l'équilibre technique de la branche.

De ce constat, l'Etat doit revoir le taux de taxe pour permettre aux assurés d'avoir les primes abordables et aux compagnies de cesser de sous tarifer.

Paragraphe 2 : Rémunération des intermédiaires

La compagnie fait moins recours à la gestion déléguée. La gestion déléguée consiste à confier la gestion de certains contrats aux apporteurs d'affaires, notamment les courtiers moyennant une rémunération de gestion.

Dans la pratique la compagnie, du fait des frais de gestion élevés du portefeuille maladie, la confie à un courtier. Elle cède à la souscription 50% des primes nettes sous forme de provision à l'intermédiaire pour gérer les contrats.

Cette gestion du portefeuille maladie par les courtiers pour le compte des compagnies est juteuse pour ces derniers, car en plus des commissions qu'ils perçoivent sur les affaires, ils reçoivent aussi des commissions de gestion qui est un taux qui varie entre (2% à 5%) des primes émises.

En cours de contrat, s'il s'avère que cette provision est insuffisante, ils procèdent à un appel de provision supplémentaire que la compagnie est contrainte de libérer. Ce qui peut constituer une possibilité de fraude pour les courtiers.

Vu ces divers avantages, les courtiers ont tendance à occulter la mauvaise moralité ou la gravité des risques apportés par leurs clients.

Ainsi, font-ils passer pour les meilleurs, des assurés dont les contrats ont été résiliés par une autre compagnie pour résultats déficitaires. Certains courtiers s'adonnent à la surfacturation des prestations dans les contrats dont ils ont la gestion. Cependant la clause d'ajustement permet de corriger la sinistralité de ces contrats.

En ce qui concerne SUNU assurances, elle gère elle-même la majeure partie des contrats de son portefeuille ce qui veut dire qu'elle maîtrise ses coûts de gestion dans une moindre mesure.

Section 2 : Les mesures de contrôle

La branche maladie est une branche à déroulement rapide. La spécificité de ce produit, à savoir (la fréquence de sinistre élevée, délai de règlement très court) fait que sa gestion soit délicate. Au nombre des différents cas de dysfonctionnements constatés au sein de la compagnie, nous proposons ses mesures de contrôle.

Dans un souci d'efficacité et de meilleure gestion, la compagnie doit instaurer une batterie de mesure pour assainir la gestion du portefeuille. Ces mesures devant permettre de renforcer d'une part des dispositions de prévention, et d'autre part, de doter la structure des moyens de contrôle rigoureux.

Paragraphe 1 : La prévention et le contrôle

1.1 La prévention

La prévention consiste à empêcher à tout prix la survenance de l'événement redouté. Donc là il s'agit d'agir sur la fréquence c'est à dire opter pour l'évitement.¹⁵

L'absence de guide de souscription au sein du service peut rendre volatile les procédures de souscription. La sélection des risques serait entachée par cette absence de procédure de souscription.

Aussi faut-il ajouter les problèmes liés dans l'utilisation conjointe de 3 logiciels dans l'exploitation des données (Statistique, recoupements.), qui ne permet pas une exploitation efficace et souvent oblige les agents à effectuer une grande partie des tâches de façon

¹⁵ LOUISOT (J P) ; cours de Risk Management ; IIA 2022

manuelle. La compagnie doit prévenir tous ces cas de dysfonctionnement. Cette prévention doit passer nécessairement par :

- La mise en place des manuels de procédures de souscription fixant les conditions et capacités de souscriptions. Ce manuel permet d'avoir une base formelle des procédures de souscription.
- Le logiciel SUNU Santé rencontre très souvent des difficultés et arrêts, ce qui empiète sérieusement sur le temps dans le traitement des données. Pour parer à ces arrêts et difficultés, la compagnie gagnerait à opter vers un logiciel plus performant pour la gestion du portefeuille maladie.

En sinistre, la compagnie doit renforcer la procédure de gestion de sinistre indiquant les instructions techniques nécessaires au traitement des dossiers et les conditions de délivrance des bons de prises en charge.

1.2 Le contrôle

Le contrôle doit s'étendre à tous les aspects et opérations de gestion des contrats d'assurances dans le portefeuille.

Pour le cas de SUNU plus explicitement, il peut concerner les aspects suivants :

- Renforcer le contrôle des factures donnant lieu au remboursement en exigeant des assurés et ou prestataires de joindre aux factures les vignettes des produits utilisés afin de s'assurer que réellement ces produits ont été consommés. Pour ce faire, un contrôle rigoureux et minutieux s'impose à la compagnie pour une meilleure efficacité dans la gestion des sinistres. La compagnie doit exiger l'authenticité des pièces justificatives pour permettre à l'assuré de rentrer en droit de ses sommes exposées.
- La visite du médecin conseil dans les hôpitaux et structure pour s'enquérir de l'état et la situation des assurés hospitalisés et bénéficiant à ce titre d'un bon de prise en charge.
- Les bons de prise en charge et les tardifs :

Pour ce qui concerne les tardifs il s'agira surtout sur la base des bons de prise en charge non retournés, de cibler les prestataires et de demander aux opérationnels de se déplacer et d'aller récupérer l'ensemble des factures de règlement.

La procédure de gestion des bons de prise en charge doit par conséquent être revue et les amendements doivent porter sur :

- ✚ La détermination d'une date limite à laquelle tous les bons émis au cours de l'exercice doivent être retournés pour règlement.
- ✚ Le suivi des prestataires doit être réparti entre les opérationnels de manière à engager la responsabilité de ces derniers en cas de constat de retard.

➤ **Délai de sortie des contrats**

Mettre la durée sur les cartes pour éviter leurs utilisations après expiration du contrat ou d'être utilisé par un assuré qui n'a pas renouveler son contrat dont la compagnie n'a pu retirer la carte.

Le retrait d'un agent de la société quel que soit la cause, entraîne pour lui et tout membre de sa famille, la cessation des garanties de la présente police.

La société devra à cet effet prendre toute mesure utile pour informer l'assureur.

➤ **Comportements des polices inhérentes aux groupes ouverts**

Malgré le nombre limité de contrat individuel dans le portefeuille, la compagnie doit néanmoins surveiller leur comportement à travers un suivi de consommation pour chaque assuré afin d'avoir une idée claire sur les conditions de sélection des risques, et si possible s'il faut revoir les cotisations pour ces derniers.

➤ **Les conventions avec les partenaires**

La compagnie devrait avoir un œil attentif sur les tarifs appliqués par les structures conventionnées aux assurés car souvent ces tarifs sont supérieurs aux tarifs normaux. Aussi, tout retrait ou toute incorporation d'assuré devra être communiqué aux différents prestataires pour une mise à jour des fichiers.

Le référencement des prestataires de soins de santé au niveau national peut aussi être une opportunité pour la compagnie dans sa lutte contre la fraude des fournisseurs de soins de santé.

Paragraphe 2 : Le suivi et le renforcement de l'effectif de gestion du portefeuille

2.1 Le suivi des statistiques de consommation

La compagnie surveille la consommation médicale de chaque assuré. Cela passe par le contrôle de l'identité des bénéficiaires en s'assurant que les personnes qui reçoivent les soins y ont effectivement droit. Cette statistique doit être communiqué à l'assuré afin qu'il prenne des dispositions agissant sur ces facteurs de risques. La tenue de cette statistique

permettra à la compagnie de se doter d'une base de données qui pourra servir à faire une analyse de la consommation et du comportement des assurés pour mieux adaptés le tarif.

Pour ce qui concerne les assurés qui déplacent leurs risques vers la compagnie SUNU, demandé les statistiques antérieures à la précédente compagnie pour en savoir plus sur l'assuré.

La DNA devrait faciliter ces échanges d'informations entre compagnies en vue de renouer et de renforcer la collaboration entre les compagnies.

Donc en fonction de son S/P, la compagnie pourra tarifier le nouveau souscripteur soit en réduisant ses plafonds ou augmenter le tarif.

Pour les assurés avec un S/P élevé, l'assureur doit exiger l'application effective des clauses d'ajustements.

2.2 Le suivi du niveau de satisfaction des assurés

L'assurance maladie, un secteur stratégique, mais pas forcément lucratif. On ne peut pas dire que cette activité soit l'une des plus rentables, mais en raison de sa complexité en matière de gestion elle doit être une manière de prouver la qualité de services de la société pour attirer d'autres affaires dans le portefeuille de la compagnie.

C'est pourquoi l'opinion des assurés est une information capitale pour une compagnie, car en analysant attentivement les plaintes et les commentaires reçus, il est plus facile d'améliorer les services. Il s'agit donc de mettre en œuvre un mécanisme d'écoute client pour avoir une meilleure vision de leurs besoins et attentes.

Dans l'analyse "SWOT", il est conseillé pour une compagnie d'évaluer régulièrement le niveau de satisfaction du client en vue de déceler au plus tôt les forces et faiblesses, les opportunités et éventuelles menaces¹⁶.

Une entreprise qui reste à l'écoute de sa clientèle répond aux mieux aux aspirations de cette dernière. Il est impérieux pour la compagnie d'instaurer des boîtes à suggestions. Cette boîte servira aux assurés d'exprimer d'une part les insatisfactions observées, d'autre part les points de satisfactions pendant une période donnée, ceci dans le but d'apprécier la qualité des prestations effectuées.

2.3 Renforcement l'effectif de gestion du service santé

La charge de travail est très conséquente compte tenu de la taille du portefeuille et de l'effectif en charge du service (cinq (5) salariés, deux (2) prestataires et un (1) stagiaire).

¹⁶ Alfred SONG ; Cours de Sociologie des Organisations ; IIA 2022

Cela impacte fortement la qualité des prestations fournies aux assurés -bénéficiaires et aux partenaires qui ne cessent de faire des relances concernant leurs réclamations.

Par comparaison à d'autres compagnies, comme par exemple SANLAM qui compte un effectif de seize (16) personnes dont 4 médecins, il serait difficile pour SUNU que la branche maladie joue pleinement le rôle de produit d'appel qui lui est dévolu, dans ces conditions.

La compagnie doit renforcer l'effectif du personnel de gestion de la branche et en mettant l'accent sur le recrutement de médecin conseil permanent.

La permanence du médecin conseil au sein de la compagnie permettra de mieux contrôler les actes biologiques, médicaments prescrits par les prestataires. Il pourra ainsi déceler des incohérences dans les prescriptions effectuées suite à des consultations, des frais exposés sans lien direct avec la maladie déclarée. Ce qui pourrait limiter les cas de fraude, et du coup, améliorera la gestion de la branche.

RECOMMANDATIONS

A la lumière de notre étude, nous proposons quelques pistes d'amélioration pour pallier aux dysfonctionnements et difficultés soulevés tout le long du document.

Dans un souci d'efficacité, de célérité et de satisfaction de la clientèle, il s'avère nécessaire de doter le service de plus de ressources humaines, et nécessairement au moins un médecin conseil permanent. Ce personnel médical sera chargé de vérifier la cohérence des ordonnances pour limiter les abus dans un domaine où la fraude est répandue.

Les tâches de saisie pourront être confiées à de simples agents afin que les cadres responsables se consacrent à des tâches de conception et coordonnent le pilotage et le suivi. Le service pourra être érigé en département à cet effet.

Il faut dans une moindre mesure, éditer un guide de souscription et de règlement des sinistres afin d'avoir une base formelle des procédés de souscription et de règlement de sinistres.

Il est plus que nécessaire de disposer d'un logiciel de travail plus performant permettant un traitement efficace de données.

Multiplier les séances de formation à l'attention du personnel du service de santé.

La transmission des pièces de règlement à la comptabilité peut être numérisée pour plus de sécurité et de traçabilité.

Pour les cartes de santé, plusieurs options sont possibles :

- ✚ Externaliser leurs confections si le coût est avantageux.
- ✚ Dédier un personnel interne à leurs confections, compte tenu des charges des consommables et l'entretien des machines,
- ✚ Envisager la création d'une plateforme qui pourra être communiquée au réseau tiers payant afin de vérifier la validité de la carte ou la période de garantie du souscripteur-assuré. Cela peut résoudre le problème de dates effet – échéance.
- ✚ Les cartes doivent être biométriques ceux-ci permettront de remédier à la substitution de personne.

En cas de fraude constatée par les médecins conseils de la compagnie, suspendre automatiquement les garanties pour l'assuré et les membres de sa famille pour une durée de (2 ou 3) mois.

Dissocier la surveillance de portefeuille de la réassurance en l'érigant en un service distinct pour un meilleur suivi des contrats en portefeuille.

Revoir le taux de commission des agents généraux à la baisse pour réduire les frais de gestion qui se sont avérés très élevés à l'issue de notre étude.

Plus loin, il faut une démarche structurée et une synergie entre les acteurs œuvrant sur le marché sur les axes suivants :

- Mise en place d'un bureau de centralisation des statistiques pour un système d'information mutualisé, convergent ou intégré, afin de faciliter une tarification plus technique ;
- Mise en place de l'ordre de médecin conseil des compagnies ;
- Harmoniser et simplifier les procédures de prise en charges ;
- Organiser un forum annuel des organismes privés et publics de gestion du risque maladie,
- Relancer l'Etat sur la taxe d'assurance qui est très élevée (20%) pour un produit peu rentable.

CONCLUSION GENERALE

L'activité d'assurance est caractérisée par l'inversion du cycle de production, ce qui implique que les sociétés d'assurances doivent avoir une maîtrise de leur portefeuille et définir de stratégies de gestion saine et prudente pouvant contribuer à l'amélioration du résultat technique. Les émissions des compagnies du marché ne cessent d'accroître d'année en année. Ceci explique alors, que l'assurance publique et l'assurance privée sont plus complémentaires que concurrentes et ont de belles perspectives devant elles, comme la réduction des inégalités sociales et d'offrir une meilleure offre de soins sanitaire.

A travers notre démarche analytique, nous voulons montrer comment une société d'assurance d'un marché IARD comme SUNU Assurances Mali, pourrait arriver à optimiser la rentabilité de sa branche maladie tout en luttant obstinément contre les actes frauduleux auxquels elle pourrait être confrontée dans sa marche quotidienne.

Nous remarquons que le portefeuille maladie de SUNU a connu une évolution positive depuis quelques années. Entre 2019 et 2021, le chiffre d'affaires de la branche est passé de 509 millions FCFA à 917 millions de FCFA soit une augmentation fulgurante de 80.18% et un taux d'accroissement annuel moyen (TAAM) de 21,68%.

De nos analyses, il ressort que le déficit constaté sur les polices d'assurances maladie est généralement imputable à la fraude des assurés et surtout des prescriptions abusives de verres de la part des opticiens alors que cela ne relève pas de leur compétence.

Il a été reconnu que la gestion de l'assurance maladie pose des problèmes aux assureurs à cause des résultats généralement déséquilibrés.

La branche maladie occupe en 2021, 13.48% du portefeuille de SUNU Assurance IARD Mali et reste l'une des branches qui connaissent les plus forts taux de sinistralité.

Cependant, la compagnie semble améliorer cette sinistralité au regard de l'évolution des prestations payées de 2019 à 2021. Elle doit œuvrer à pérenniser certaines politiques de gestion en place comme le suivi de la consommation et à combler les insuffisances relevées dans le présent mémoire.

Aussi faut-il mettre l'accent sur la dotation de la compagnie d'un logiciel plus performant pour pallier aux nombreuses interruptions dans le travail et sans oublier le renforcement de l'effectif de gestion de la maladie au sein de la compagnie.

L'optimisation de la rentabilité passe nécessairement par une politique rigoureuse de sélection de risques et de mettre en place un service de surveillance de portefeuille.

A travers notre étude les causes des mauvais résultats de la branche maladie peuvent être recherchés à trois niveaux : Environnement ; Pratiques de la Profession ; Prestataires de soins.

En somme, ce sont les mauvaises pratiques de l'ensemble de la chaîne d'intervenants de l'assurance maladie qui fondent et entretiennent son déficit structurel. Réduire les comportements déviants et si possible, éradiquer la fraude en assurance maladie, constituent le viatique de sa rédemption et de son développement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages généraux :

FARGEON (V) : introduction à l'économie de la santé deuxième édition 2009

MACHIAVEL (N) « Le Prince », Classiques Garnier, édition Bordas, 1987, pour la traduction française.

Ouvrages spécialisés :

EDITH Bocquaire, NADINE Charles, MILLOT Roger : pratique de l'assurance santé édition 2017.

FERRAS Benjamin, Maurice Pierre : l'assurance maladie en question(s), édition 2019

Articles :

Améliorer les systèmes d'assurance maladie, la couverture et la qualité des services.

DRECHSLER (D) et JÜTTING (J) ; Assurance maladie privée dans les pays en développement : une solution pour les pauvres, Août 2005

THEOPHILE (S) doctorant en études du développement ; Couverture et exclusion : l'assurance maladie en Afrique.

JOUILIL (Y) ; OUAKIL (H) & LECHHEB (H) ; Dépenses et utilisation de soins de santé : Une revue de littérature théorique et empirique.

Thèses, mémoires, cours et rapport de stage :

ABLEGUE (H F) : cours de CPP et confections des états statistiques CIMA ; 1^{ère} MPA 2022

AGBOGBA (A) : cours de contrôle de gestion d'une entreprise d'assurance ; 1^{ère} MPA 2022

DOSSOUMOU (P C) : L'assurance maladie universelle face à la problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du BENIN 20eme promotion DESS

KOHOU GUEABLE (F H), Mémoire, Mise en place d'une politique efficace de surveillance du portefeuille : cas de la COLINA Côte d'Ivoire, DESSA, 18ème promotion, 2012

NOUKELA (E) : cours Audit et contrôle interne ; 1^{ère} MPA 2022

OLANDZOBO (C) : Cours d'assurances des risques divers ; 1^{ère} MPA 2022

SORO (D) : La fraude en assurance maladie, Diagnostic et thérapeutique, INSP de Yamoussoukro

Législations :

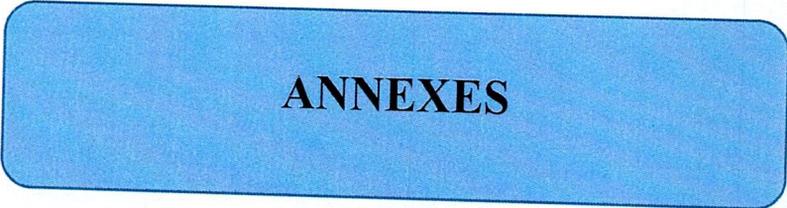
- Code des assurances de la CIMA ; édition 2019.
- Loi n° 09-015 du 26 juin 2009 instituant l'assurance maladie obligatoire.

Autres documents

- ❖ Rapport annuel 2020 du marché des assurances du Mali.
- ❖ Politique nationale de protection sociale du Mali juin 2015.

Webographie

- ❖ [Www. Carin.info/revue-finance et bien -commun-2010-2-page-94.htm](http://www.Carin.info/revue-finance-et-bien-commun-2010-2-page-94.htm) / le 10/09/2022
- ❖ [Www. Mémoire online com.../m /fraude -assurance-maladie.html](http://www.Memoireonline.com.../m/fraude-assurance-maladie.html) / le 15/09/2022



ANNEXES

Annexe 1 : Clause D'ajustement

Rapport Sinistres / Primes (S/P)	Pourcentage d'ajustement
De 0% à 50%	Minoration de 10%
De 51% à 62%	Minoration de 5%
De 63% à 72%	Sans changement
De 73% à 80%	Majoration de 10%
De 81% à 90%	Majoration de 20%
De 91% à 100%	Majoration de 30%
De 101% à 110%	Majoration de 40%
De 111% à 120%	Majoration de 50%
De 121% à 130%	Majoration de 60%
De 131% à 140%	Majoration de 70%
De 141% à 150%	Majoration de 80%
150% et plus	Révision des conditions du contrat

Annexe 2 : Rapport annuel définitif 2020 du marché de l'assurance du Mali

Primes émises par catégorie non vie									
Catégories	Primes émises	2018		Primes émises	2019		Primes émises	2020	
		Part de	Evolut		Part de	Evolut		Part de	Evolut
Automobiles	14869000000	39,38%	-1,48%	15 523 000 000	39,14%	4,40%	15 192 385 973	36,01%	-2,13%
Incendie	7662000000	20,29%	19,94%	8 160 000 000	20,58%	6,50%	8 845 718 636	20,96%	8,40%
Transports	4817000000	12,76%	-3,43%	4 696 000 000	11,84%	-2,51%	4 743 597 275	11,24%	1,01%
AC&M	6865000000	18,18%	18,98%	8 081 000 000	20,38%	17,71%	8 782 342 278	20,81%	8,68%
RC Générale	1287000000	3,41%	-13,10%	1 374 000 000	3,46%	6,76%	1 585 284 139	3,76%	15,38%
ARD	1914000000	5,07%	-28,64%	1 447 000 000	3,65%	24,40%	2 550 756 427	6,05%	76,28%
AD	348000000	0,92%	-32,03%	376 000 000	0,95%	8,05%	493 672 491	1,17%	31,30%
TOTAL	37762000000	100%	2,30%	39 657 000 000	100%	5,02%	42 193 757 219	100%	6,40%

Source rapport annuel définitif 2020

Les sinistres payés par catégorie non vie

Catégories	2018			2019			2020		
	Prestation	%	Evolu	Prestation	%	Evolut	Prestation	%	Evolut
Automobile	3 899 000 000	26,22%	3,01%	4 787 000 000	30,84%	22,78%	3 945 278 717	25,97%	-17,58%
Incendie	2 643 000 000	34,49%	-0,86%	1 495 000 000	18,32%	43,44%	1 795 894 833	20,30%	20,13%
Transports	1 270 000 000	26,36%	128,83%	1 996 000 000	42,50%	57,17%	2 044 803 288	43,11%	2,45%
AC&M	4 246 000 000	61,85%	12,87%	5 881 000 000	72,78%	38,51%	5 780 015 071	65,81%	-1,72%
RC Générale	457 000 000	35,51%	144,39%	536 000 000	39,01%	17,29%	122 167 772	7,71%	-77,21%
ARD	950 000 000	49,63%	43,29%	239 000 000	16,52%	74,84%	1 618 783 083	63,46%	577,32%
AD	461 000 000	132,47%	-43,50%	80 000 000	21,28%	82,65%	109 269 975	22,13%	36,59%
TOTAL	13 926 000 000	36,86%	12,00%	15 014 000 000	37,88%	7,81%	15 416 212 739	36,54%	2,68%

Source : rapport annuel définitif 2020

Annexe 3 : Questionnaire d'assurance maladie

Souscripteur :

Activité :

Nombre d'assurés principaux :

Nombre de conjoints :

Nombre d'enfants :

Durée :

BAREME ET PLAFOND DE REMBOURSEMENT :

Remboursement à 80% oui non

90% oui non

100% oui non

TERRITORIALITE

Mali : oui non

Afrique : oui non

Monde Entier : oui non

Evacuation sanitaire : oui non

Rachat de produits : oui non

Si oui, merci de nous communiquer la liste des produits.

Fait à Bamako, le

N B : joindre la liste des personnes à assurer

Le proposant

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	I
REMERCIEMENTS	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	III
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
GLOSSAIRE	VI
RESUME	VII
ABSTRACT	VIII
SOMMAIRE(PLAN)	IX
AVANT PROPOS	XI
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE	5
CHAPITRE I : COUVERTURE AU NIVEAU DE L'ASSURANCE	
PUBLIQUE/PRIVEE	6
Section 1 : couverture au niveau de l'assurance publique	6
Paragraphe 1 : Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).....	7
1.1 Organisme de gestion.....	7
1.2 Aspect technique de l'AMO.....	8
1.3 Les assujettis de l'AMO.....	9
1.4 Les bénéficiaires de l'AMO	9
1.5 Cotisation	9
a. Taux de cotisation.....	10
b. Assiette de cotisation.....	10
Paragraphe 2 : Les autres systèmes de couvertures d'assurances maladie publique..	10
2.1 Le système d'assurance mutualiste	10
2. 2 Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED).....	11
a. Les bénéficiaires du RAMED	11
b. Les prestations couvertes par le RAMED	12
c. Financement	12
Section 2 : couverture au niveau de l'assurance privée	12
Paragraphe 1 : Offre technique d'un contrat d'assurance maladie.....	13

1.1 Les particularités de l'assurance maladie :.....	13
a. Les différentes formes de l'assurance privée	13
b. Aspect technique	14
1.2 Offre technique d'un contrat maladie de SUNU assurance IARD Mali	15
a. Objet des contrats	15
b. Formalités d'adhésions	15
c. Délai d'attente et reprises des maladies antérieures	15
d. Bénéficiaires des garanties	16
e. Etendue de la garantie	16
f. Système de paiement des dépenses de santé	17
Paragraphe 2 : Gestion du contrat	18
2.1 Paiement de la prime et des prestations	18
a. La cotisation	18
b. Les prestations	18
2.2 Clause d'ajustement	18
CHAPITRE II : LES CHIFFRES CLES DE LA BRANCHE MALADIE	20
Section 1 : Les émissions des compagnies non vie sur le marché d'assurance	20
Paragraphe 1 : les émissions de primes	20
Paragraphe 2 : les prestations et charges de sinistres	23
Section 2 : Les émissions de la branche maladie de SUNU assurances IARD.....	25
Paragraphe 1 : La part de la branche maladie dans les émissions	25
Paragraphe 2 : Les prestations payées dans la branche maladie	28
DEUXIEME PARTIE : OPTIMISATION POUR UNE MEILLEURE	
RENTABILITE DE LA BRANCHE MALADIE	30
CHAPITRE I : SINISTRALITE ET AUTRES DIFFICULTES.....	31
Section 1 : La sinistralité.....	31
Paragraphe 1 : Le ratio de sinistres à primes	31
Paragraphe 2 : Les frais de gestion et le ratio combiné.....	32
2.1 Les frais gestion	32
2.2 Le ratio combiné	33
Section 2 : Les différents cas de fraudes	34
Paragraphe 1 : Fraude des bénéficiaires	35
1.1 L'asymétrie d'information	35
1.2 La substitution de personne.....	36
1.3 Les factures de prestations fictives	36
1.4 Le changement de la nature de la prestation sur la feuille de soins	37
1.5 Dépassement du plafond dans la consommation et le retrait des cartes	37
Paragraphe 2 : Cas de fraude du corps médical, des courtiers et de la pratique de la profession.....	37
2.1 Cas du corps médical	37
a. La surfacturation.....	38
b. La complicité supposée du corps médical	38
2.2 L'attitude des cliniques privées.....	39
2.3 Cas des courtiers	39

2.4 Pratique de la profession :	40
CHAPITRE II : TARIFICATION ET PISTES DE RECOMMANDATIONS	41
Section 1 : Tarifications et rémunérations des intermédiaires	41
Paragraphe 1 : Primes Pure et Prime nette	41
1.1 Détermination de la prime.....	41
1.2 Les difficultés techniques dans la tarification.....	42
Paragraphe 2 : Rémunération des intermédiaires	43
Section 2 : Les mesures de contrôle.....	44
Paragraphe 1 : La prévention et le contrôle.....	44
1.1 La prévention	44
1.2 Le contrôle	45
Paragraphe 2 : Le suivi et le renforcement de l'effectif de gestion du portefeuille ...	46
2.1 Le suivi des statistiques de consommation	46
2.2 Le suivi du niveau de satisfaction des assurés	47
2.3 Renforcement l'effectif de gestion du service santé	47
RECOMMANDATIONS	49
CONCLUSION GENERALE.....	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
ANNEXE	55
TABLE DES MATIERES.....	59

