CONFERENCE INTERAFRICAINE DES MARCHES D'ASSURANCES

(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

BP : 1575 YAOUNDE-Tél : (+237) 22 20 71 52-Fax : (+237) 22 20 71 51

E-mail : iia@cameroun.com

Site web : htpp://www.iiacameroun.com

Yaoundé/Cameroun

RAPPORT D'ETUDE ET DE STAGE

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MAÎTRISE EN SCIENCES ET TECHNIQUES D'ASSURANCES (MST-A)
(Cycle II 11ème promotion 2012 – 2014)

Thème :

Stratégies de gestion du portefeuille d'assurance Maladie à la SAFAR Assurances : aspects technique et organisationnel

Présenté et Soutenu par :

M. MOBARA DJERSALA

Sous l'encadrement de :

M. OUANG REBELE DJINGTOUIN,

Directeur Technique de la SAFAR -TCHAD

Novembre 2014

DEDICACE

A

Mon père **DJERSALA SOUKSALA** et ma mère **MAITCHALE KETOUIN**

Mon grand frère **HING-YANG DJERSALA**

&

Mon oncle **TCHOBWE FLAMSALA** et son épouse **Clarisse BAPONWA**

REMERCIEMENTS

Je voudrais, par le biais de ce travail, exprimer ma profonde gratitude ainsi que mes sincères remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réussite de ma formation et à la réalisation de ce document.

Plus particulièrement, je tiens à remercier :

- **l'Eternel Dieu Tout-Puissant** pour tout. Que son nom soit loué !
- le Directeur Général, **M. DOSSOU-YOVO Roger Jean-Raoul**, le personnel et le corps enseignants de l'IIA qui ne cessent de ménager aucun effort pour former des cadres en Assurances en vue de développer l'industrie d'assurance en Afrique.
- le Directeur Général de la SAFAR Assurances, **M. FOSSO DIFFO Evariste**, qui a bien voulu m'accepter et m'intégrer rapidement au sein de sa société.
- le Directeur Technique de la SAFAR, **M. OUANG REBELE DJINGTOUIN**, pour le temps qu'il m'a consacré et son encadrement tout au long de ces six mois environ au sein de la SAFAR. Sa rigueur scientifique et ses pertinentes observations ont largement contribué au rehaussement de la qualité de ce document.
- les responsables des départements Sinistres et Contentieux, Administratif et Financier, Production et Commercial (respectivement **MM. MAHAMAT SIRBELE ALLAM-BEDJI, FOLENOU Grégoire** et **SOUHOUNDAMADJI Dominique**) pour leur encadrement et leurs conseils concernant les aspects pratiques évoqués dans ce rapport.
- **MM. MONGAR MADJILEM, DERMIAN BARKA, HEINE WITCHOUE, ADOUM IZADINE, MAHAMAT ABADI** et tout le personnel de la SAFAR Assurances pour leur franche collaboration.
- tous mes camarades de la 11ème et 21ème promotion de l'IIA, votre sens de fraternité et d'intégration m'a marqué. Que Dieu vous bénisse tous au centuple !
- **MM. DOBA DJAOKAMLA, OUANG BARA DAKSALA DIMANCHE ALLO** et **Mme DJOUNFOUNE Elodie** pour le soutien qu'ils n'ont cessé de m'apporter durant ma formation.

Que tous ceux dont je ne les ai pas cité les noms, et qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail, trouvent ici mes sincères reconnaissances.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AG	: Assemblée générale
CA	: Chiffre d'Affaires
CATI	: Centre Africain des Technologie et de l'Information
CIMA	: Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
CRCA	: Commission Régionale de Contrôle d'Assurances
DESS-A	: Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances
ECOSIT 3	:Troisième enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad
GMALADIE	: Logiciel de gestion de sinistre maladie de la SAFAR Assurances
IIA	: Institut International des Assurances
INSEED	: Institut National de la Statistique, des Etudes Economique et Démographique
IPRONIA	: Logiciel outil de la SAFAR Assurances
MST-A	: Maîtrise en Sciences et Techniques d'Assurances
NEIS	: N'Djamena English International School
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
SAAR	: Société Africaine d'Assurances et de Réassurances-Cameroun
SAFAR	: Société Africaine d'Assurances et de Réassurances-Tchad
TIC	: Technologie de l'Information et de la Communication

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Programme de stage.....13
Tableau 2 : Répartition par quintile de bien être des dépenses annuelles moyennes par tête.....16
Tableau 3 : Dépenses de santé par lieu de résidence et sexe du chef de ménage selon le niveau de vie.....17
Tableau 4 : Nombre et Frais des actes médicaux de NEIS entre 01/01 et 30/06/2014...29
Tableau 5 : Nombre de sinistres et frais médicaux par actes médicaux entre le 01/01 et le 30/06/2014.....30
Tableau 6 : Contrôle du plafond des assurés.....34
Tableau 7 : Clause d'ajustement.....48
Tableau 8: Facture transmise par la Clinique EMI-KOUSSI pour un assuré.....48
Tableau 9: Prestations faites à un même assuré le 02/05/2014 et le 23/05/2014 par le cabinet EMI-KOUSSI.....49

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Evolution du CA et des charges de sinistres de la SAFAR entre 2010 et 2013.....10
Graphique 2: Evolution du chiffre d'affaires et des charges de sinistres maladie entre 2010 et 2013.....10

RESUME

Ce stage de six (6) mois à la SAFAR s'inscrit dans la perspective académique de l'IIA pour les cadres du cycle MST-A en fin de formation.

De prime abord, nous avons pris connaissance de la structure. Ensuite, nous avons choisi, en accord avec le directeur technique, un thème qui s'intitule : **Stratégies de gestion du portefeuille d'assurance Maladie à la SAFAR : aspects technique et organisationnel.**

Il s'agit de faire en sorte qu'il y ait une corrélation positive entre l'évolution du chiffre d'affaire et la rentabilité du portefeuille maladie, grâce à des éléments techniques et la mise en place des certaines pratiques organisationnelles.

Ce faisant, nous avons étudié l'évolution du CA et la sinistralité de la branche maladie. Ainsi, Il ressort qu'entre 2010 et 2013, l'augmentation du CA est de 241% soit un taux de croissance annuelle moyen de 36,00%. Sa sinistralité en 2013 est de 64,20% contre 51,00% pour l'ensemble du portefeuille de la SAFAR. Aussi, les problèmes qui minent la gestion du portefeuille (différentes modifications ne sont pas communiquées à temps au service sinistre, logiciel non performant, substitution des personnes, connivence entre les cliniques conventionnées et les assurés, etc.) ont-ils été dégagés.

Pour y remédier, les stratégies technique et organisationnelle s'avèrent indispensables.

- **Aspect technique**

Cet aspect concerne essentiellement des points tels que :

- ✓ le suivi du portefeuille qui passe par l'analyse des rapports (S/P) par souscripteur, les statistiques par acte médical (dans le but d'opérer des négociations avec les cliniques conventionnées sur leur coût ou de rendre certaines prestations gratuites notamment les consultations généralistes), la surveillance des consommations d'assurés par le contrôle sur place auprès des cliniques voire des patients pour s'assurer des prestations faites ou reçues ;
- ✓ l'analyse des pathologies pour s'assurer des liens existants entre celles-ci et les actes biologiques ou médicaments prescrits ;
- ✓ la définition et le suivi d'un certain nombre d'indicateurs notamment le nombre de plafonds atteints par acte médical et par assuré (NSAA) ;

- **Aspect organisationnel**

Il s'agit essentiellement d'étudier les différents risques organisationnels qui constituent des menaces ou des difficultés pouvant compromettre l'équilibre stratégique de l'entreprise.

Le développement des stratégies de gestion des ressources humaines (organisation des séances de travail périodiques avec les réseaux de distribution et leur implication dans la gestion du portefeuille) s'est révélé non négligeable.

L'implication du médecin conseil dans le règlement des sinistres revête une importance capitale en matière de détection des fraudes. La collecte des données sur l'opinion des clients, l'initiation des bulletins de critiques et l'installation des boites à suggestions donneront l'occasion aux clients de s'exprimer sur la qualité des services.

Il y a lieu de mettre en place une division autonome des statistiques et de surveillance du portefeuille dont la mission principale consistera à débarrasser le portefeuille des risques anormaux et améliorer ses résultats techniques.

ABSTRACT

This course of six (6) months from the SAFAR is part of the academic perspective of the IIA for senior cycle MST-A at the end of training. At first glance, we are aware of the structure. Then we decided, in agreement with the Technical Director, a theme entitled: Management Strategies for Health insurance portfolio at SAFAR: technical and organizational aspects.

This is to ensure that there is a positive correlation between changes in turnover and profitability of the portfolio disease, thanks to the technical elements and the implementation of organizational practices.

In doing so, we studied the evolution of the turnover and the claims of sickness. Thus, it appears that between 2010 and 2013, the increase in turnover is 241%, or an average annual growth rate of 36.00%. His claim in 2013 was 64.20% against 51.00% for all. Also, the problems that plague portfolio management (different changes are not communicated in time to the accident department software is not efficient, substitution of persons, collusion under agreement between clinics and insured, etc.) Were clear.

To solve this, the technical and organizational strategies have proven indispensable.

- **Technical aspect**

This refers mainly issues such as: portfolio monitoring, which involves the analysis of the ratio claims over premiums per subscriber, per medical statistics (in order to make negotiations with clinics under agreement on cost or make some free services including general consultations), monitoring of consumption provided by the spot checks on clinical or patient to ensure benefits made or received; pathologies analysis to ensure existing there between and the prescribed drug or biological acts links; the definition and monitoring of a number of indicators including the number of highs reached by medical procedure and assured (NSAA).

- **Organizational Aspect**

This aspect focuses on the various organizational risks that threaten the stability of the company. Strategies developed to manage human resources (organization of periodic work sessions with retailers and their involvement in the portfolio management) proved significant.

This involvement of the medical officers in the settlement of claims is capital in detecting frauds, collecting data on customer's opinion, the initiation of bulletins and

the installation of suggestions boxes will give the opportunity to the customers to comment the quality of services. It's necessary to set up an independent department of statistics and portfolio abnormal risks and improve the technical results of the portfolio.

SOMMAIRE

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES iii
LISTE DES TABLEAUX iv
LISTE DES GRAPHIQUES iv
RESUME v
ABSTRACT vii
SOMMAIRE ix
AVANT-PROPOS x
INTRODUCTION GENERALE 1

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA SAFAR ASSURANCES ET DEROULEMENT DU STAGE

CHAPITRE I. PRESENTATION DE LA SAFAR ASSURANCES 3
I.Historique 4
II.Organisation 5
III.Activités de la SAFAR 9
IV.Produits 11
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE 12
I.Programme de stage 13
II.Tâches effectuées 13
III.Difficultés rencontrées 14

DEUXIEME PARTIE : STRATEGIES DE GESTION DU PORTEFEUILLE D'ASSURANCE MALADIE : ASPECTS TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL

CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE 15
I.Bases théoriques de l'opération d'assurance 16
II.Intérêt d'une assurance Maladie 19
III.Différents systèmes de gestion en assurance Maladie 20
CHAPITRE II - STRATEGIES DE GESTION DU PORTEFEUILLE D'ASSURANCE MALADIE A LA SAFAR ASSURANCES 22
I.Processus d'émission d'une police d'assurance maladie à la SAFAR 23
II.Problèmes liés à la gestion du portefeuille d'assurance Maladie 26
III.Politique actuelle de la SAFAR à mieux gérer les dysfonctionnements 27
IV.Aspect technique 28
V.Aspect organisationnel 36
VI.Création d'une division des statistiques et de surveillance du portefeuille 40
RECOMMANDATIONS 44
CONCLUSION 46
BIBLIOGRAPHIE 47
ANNEXES 48
TABLE DES MATIERES 51

AVANT-PROPOS

L'Institut International des Assurances est un établissement international de formation professionnelle qui offre un étendu de programmes correspondant à plusieurs niveaux de formation.

Il est inscrit dans sa perspective académique de fin de formation que les étudiants de Maîtrise en Sciences et Techniques d'Assurances (MST-A) doivent effectuer un stage de six (6) mois en entreprise, et qui conduira à la rédaction d'un rapport de stage et d'étude devant faire l'objet d'une soutenance publique devant un jury dédié. Il offre au futur cadre en assurance une opportunité d'application des connaissances théoriques acquises tout au long de sa formation, et de disposer d'une base de réflexion solide pour préparer et réussir sa prochaine insertion professionnelle. C'est dans ce contexte que nous avions passé notre stage à la SAFAR Assurances.

Le thème soumis à notre réflexion s'intitule « **Stratégies de gestion du portefeuille d'assurance Maladie à la SAFAR Assurances : aspects technique et organisationnel** ».

Ce thème a retenu notre attention compte tenu du fait que depuis quelques années la SAFAR Assurances éprouve des difficultés, qui nous semble d'ordre technique et organisationnel, à rentabiliser ses contrats d'assurance maladie.
Notre ambition consiste donc à proposer des stratégies qui permettront d'inverser la tendance.
Il convient aussi de souligner que la production de ce rapport a été le fruit d'une particulière attention de la part du personnel de la SAFAR.
La mise à notre disposition des informations nécessaires pour notre travail, ainsi qu'une chaleureuse collaboration du personnel de la SAFAR sont des éléments non exhaustifs qui ont marqué notre accueil.

Comme toute œuvre intellectuelle, ce travail pourrait être entaché d'imperfections, surtout qu'il est le résultat du rapprochement de diverses sources. En plus, nous sollicitons votre bienveillance attention, vous qui, par nécessité ou curiosité, serez amenés à lire ce document.

Toutefois, notons que par attribution et d'autorité scientifique, il appartient à l'IIA de faire, à l'égard de ce travail, des critiques et suggestions qui feront de notre démarche, une perle de perfection.

INTRODUCTION GENERALE

Nées des mécanismes d'entraide depuis l'antiquité et des grandes explorations maritimes, les techniques développées en Assurance ont permis de mettre sur pied divers types de produits permettant de répondre aux préoccupations des clients. Parmi ces produits nous avons l'assurance Maladie dont l'objet est de protéger les personnes contre les conséquences pécuniaires de la maladie mais aussi celles de l'accident et de la maternité.

On entend par maladie, Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Les hernies, efforts, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, tours de reins, synovites, rhumatismes, gelures, insolations, sont considérés comme maladies. Quant à l'accident, il s'agit de toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, ayant pour conséquence soit le décès, soit une blessure ou une lésion corporelle.

Dans beaucoup de pays, notamment ceux de l'Europe du Nord, aux Etats-Unis, en France et dans les pays de l'Europe du Sud, l'assurance santé est une branche majeure de l'industrie des assurances. Dans les pays africains au sud du Sahara où il n'existe quasiment pas de caisses publiques d'assurance Maladie, la gratuité des soins n'est plus assurée par les centres de santé. De toutes les branches d'assurances, c'est probablement celle-ci qui donne lieu aux grandes différences entre les marchés avec ses modalités de gestion.

Les entreprises incluent dans leur politique de gestion des ressources humaines, la facilitation de l'accès aux soins médicaux de son personnel en confiant le financement de ceux-ci aux assureurs. Ces derniers proposent deux système de gestion à leurs assurés : système classique qui donne la possibilité à l'assuré de se faire soigner ou acheter ses produits pharmaceutiques dans l'officine de son choix ; et un autre système, qui permet à l'assuré de se faire soigner ou acheter ses produits pharmaceutiques à hauteur d'un pourcentage fixé dans le contrat, appelé tiers payant.

Les assureurs ont défini des directives pour garantir ces soins. En effet, lors de l'émission de la police, l'assureur demande un certain nombre d'éléments au souscripteur pour pouvoir apprécier le risque et proposer une prime conséquente. Dès lors que le contrat est émis, les deux parties sont tenues d'exécuter leurs obligations pendant la durée du contrat.

Vu l'exigence sur la qualité du service fourni à savoir : étendue de la couverture proposée, niveau de remboursement des frais exposés, délai de traitement des demandes, les assureurs sont confrontés aux mêmes difficultés de gestion de ce mode de financement vis-à-vis du marché et de la concurrence. C'est dans cette optique que, et en commun accord avec le directeur technique, nous nous sommes interrogés sur les ***stratégies de gestion de l'assurance Maladie que la SAFAR doit mettre en place pour ôter la casquette déficitaire de cette branche.***

Une réflexion autour de ce thème est née à partir d'un ensemble de questions notamment : Quelle est la tendance de l'évolution du chiffre d'affaire de la SAFAR Assurances ? Quelle place occupe la branche maladie dans le portefeuille ? Qu'en est-il de sa rentabilité et de ses stratégies de gestion ?

L'importance de ce thème vient du fait que les réponses y afférentes serviront de point de départ pour définir une politique efficace de gestion et d'amélioration de la branche maladie de la SAFAR.

Les entretiens avec les responsables de la gestion du portefeuille d'assurance Maladie, les recherches documentaires et les informations mises à notre disposition nous ont permis de répondre à la problématique posée.

Ce faisant, ce travail se décline en deux parties :
La première sera consacrée à la présentation de la structure et ses produits. La seconde s'articulera autour de plusieurs points notamment les généralités sur l'assurance Maladie, les problèmes liés à la gestion de l'assurance Maladie à la SAFAR, les stratégies (techniques et organisationnelles) à mettre en place pour une gestion efficace de l'assurance maladie et la nécessité de création d'une division autonome de statistique et de surveillance du portefeuille.
Enfin, au terme de ce travail, un ensemble de recommandations seront formulées en vue d'une amélioration des rendements de différents acteurs impliqués et d'une gestion efficace du portefeuille d'assurances de la structure.

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA SAFAR ASSURANCES ET DEROULEMENT DE STAGE

Dans cette partie, il sera d'abord présenté la structure dans laquelle nous avons effectué notre stage et les branches dans lesquelles elle excelle (Chapitre I). Ensuite, nous parlerons du déroulement de notre stage proprement dit, des différentes tâches que nous avons eu à effectuer au cours de ce stage et enfin les difficultés rencontrées (Chapitre II).

CHAPITRE I. PRESENTATION DE LA SAFAR ASSURANCES

Dans ce premier chapitre, nous nous appesantirons d'une part sur l'historique de la SAFAR Assurances. Ensuite, nous parlerons de son organisation et enfin, des produits commercialisés depuis sa création.

I. Historique

La Société Africaine d'Assurance et de Réassurance en abrégée SAFAR est une société anonyme au capital social de **1 500 000 000 F CFA**, entièrement libéré, et régie par le Code CIMA.

La SAFAR Assurances a été créée le **13 février 2002** par arrêté **N° 033/MF/DG/DCEM/SSE/02** du Ministère des Finances après avis conforme de la Commission Régionale des Contrôles des Assurances (**CRCA**) en sa session du **17 décembre 2001** à Libreville au Gabon. La SAFAR a démarré effectivement ses activités le **1er mars 2002** et conformément aux dispositions réglementaires. L'acte de création de la SAFAR a fait l'objet d'une publication dans le journal officiel de la république en sa parution du **03 mars 2002.**

Le siège de la SAFAR est situé à N'Djamena sur l'avenue NGARTA TOMBALBAYE en face de deux châteaux de la Société Tchadienne d'Eaux (STE). Actuellement, elle a cinq (05) agences notamment à **N'DJAMENA**, à **MOUNDOU**, à **BONGOR**, à **KOUMRA** et à **SARH**.

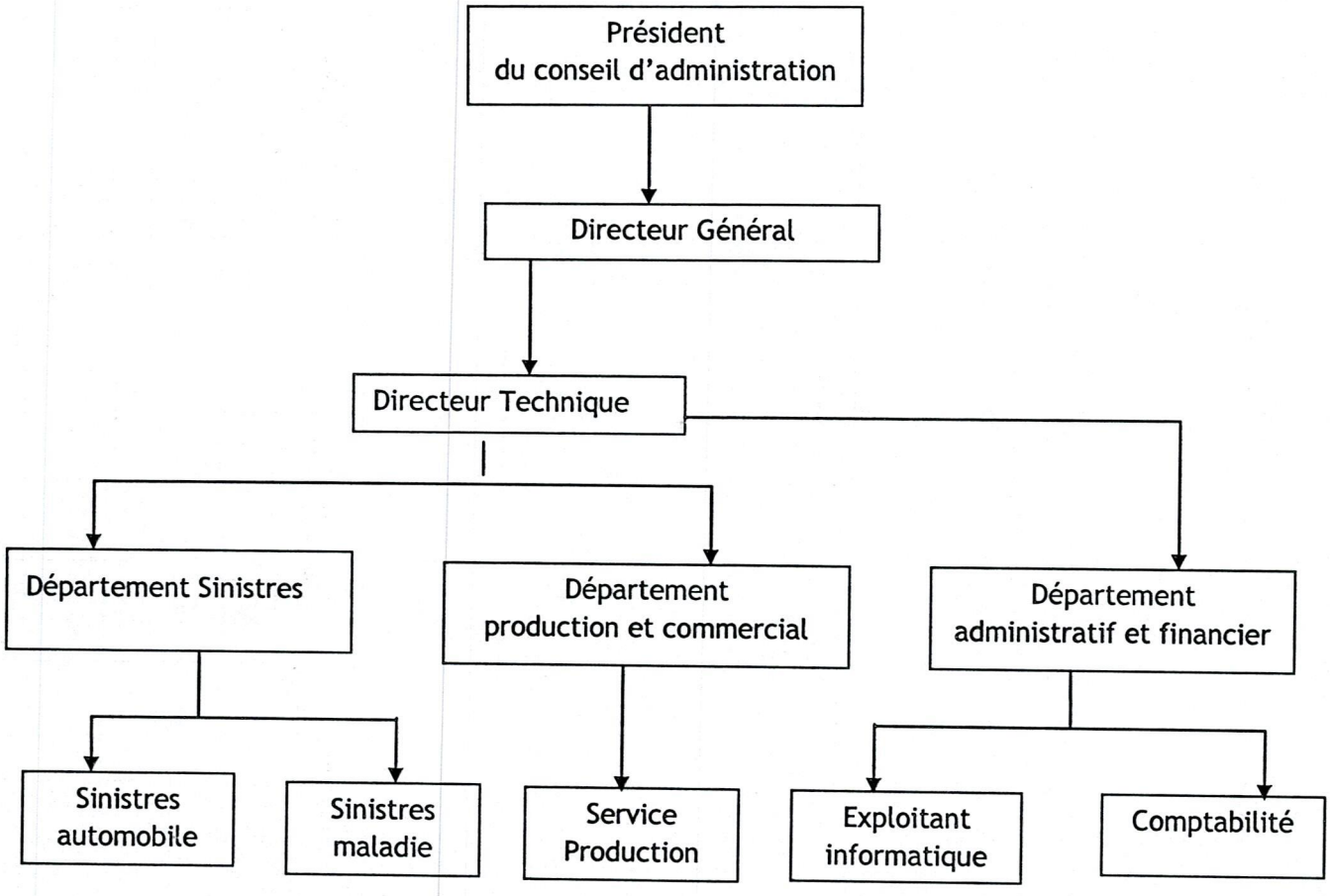
Comme toute entreprise commerciale, la SAFAR s'est fixé des objectifs qui touchent trois (3) domaines essentiels : Social, économique et commercial.

Pour atteindre ceux-ci, la société s'appuie sur ses actionnaires dont les principaux sont notamment SBF Finance, groupe FSI (Fonds de Solidarité et d'Investissement), groupe SAAR Assurances, partenaire technique de la SAFAR installé au Cameroun, groupe CENAINVEST, filiale de deux groupes bancaires FMO (Pays-Bas), AFRILAND FIRST BANK (Cameroun) et divers industriels et hommes d'affaires tchadiens.

Sur le plan technique, la SAFAR bénéficie de l'expérience d'un grand assureur de la sous région, la SAAR basée au Cameroun et d'un réseau des réassureurs parmi lesquels : La MUNICH-RE (en Allemagne), AFRICA-RE (en Côte d'Ivoire), CICA-RE (au Togo), CONTINENTAL-RE (au Cameroun), etc.

II. Organisation

A. Organigramme



B. Fonctionnement

1. Assemblée Générale (AG)

C'est un organe suprême de décision de la société. Elle est constituée de l'ensemble des actionnaires. L'AG se tient une fois par an en session ordinaire et peut aussi se tenir en session extraordinaire en cas de nécessité. Elle est présidée par le président du conseil ou, en cas d'empêchement, par son vice président. En cas d'absence de ceux-ci, la présidence est assurée par l'actionnaire ayant le plus grand nombre des voix. C'est l'AG qui prend toutes les décisions relatives à la société. Les principales tâches dévolues à cet organe sont :

- ✓ nommer les membres du conseil d'administration ainsi que les commissaires aux comptes ;
- ✓ statuer sur les états financiers de synthèse de l'exercice ;
- ✓ Décider de l'affectation des résultats de l'exercice ;
- ✓ approuver ou refuser les conventions conclues entre les dirigeants sociaux et la société ;
- ✓ émettre les obligations et approuver le rapport du commissaire aux comptes.

2. Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est l'organe de délibération de la société. Il est composé de cinq (05) membres au moins et de douze (12) au plus, il peut être admis au conseil d'administration des membres non actionnaires dans la limite du tiers des membres du conseil. Ceux-ci sont soumis aux mêmes dispositions que les autres actionnaires dans le cadre de leur fonction d'administrateur. Le mandat des administrateurs est de trois ans renouvelable, sauf pour les membres du 1er conseil d'administration qui sont élus pour deux ans. Les fonctions d'un administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'AG ordinaire ayant statué sur les comptes de l'exercice écoulé, et qui est ténue dans l'année au cours de laquelle expire son mandat. Les administrateurs peuvent à tout moment être révoqués par l'AG ordinaire.

Il est doté des pouvoirs assez larges pour agir librement au nom de la société. Il a pour rôle de :

- ✓ définir les objectifs de la société et orienter son administration ;
- ✓ contrôler la gestion du directeur ;
- ✓ Nommer le directeur général ;
- ✓ Acquérir et vendre tous les biens meubles et immeubles de la société ;

- ✓ arrêter les comptes chaque année (exercice) ;
- ✓ contracter tous emprunts et au titre de garantie, affecter hypothécairement ou en nantissement, tout ou partie des biens sociaux ;
- ✓ autoriser toute convention passée entre la société et l'un de ses actionnaires ou le directeur ;
- ✓ nommer les directeurs sur proposition du directeur général.

3. La Direction générale

La direction générale est assurée par un directeur général (DG), nommé par le CA. Le DG assure la gestion quotidienne de la société. Il dispose des pouvoirs les plus étendus, notamment :

- ✓ assurer l'exécution des décisions prises par le CA à qui il rend compte et qui le contrôle ;
- ✓ ordonner le budget de la société et veiller à son exécution tant en recettes qu'en dépenses ;
- ✓ avoir une autorité sur tout le personnel, employé de la société ;
- ✓ représenter la société vis-à-vis des tiers dans la limite de ses compétences ;
- ✓ définir l'organigramme de la société, les responsabilités de chaque cadre et employé de la société ;
- ✓ fixer l'effectif nécessaire à la bonne marche de la société ;
- ✓ embaucher ou licencier le personnel dans le respect de la réglementation ;
- ✓ déterminer le salaire, appointement, indemnité, prime et avantage du personnel dans le respect de la convention collective et textes réglementaires.

En plus de ces trois organes, la SAFAR dispose également d'autres instances :

1. La Direction Technique

Elle regroupe en son sein deux (02) départements ayant chacun divers services. Elle s'occupe des aspects purement techniques des contrats (production et sinistre) et exerce diverses tâches connexes. Elle est dirigée par un directeur technique assisté de deux chefs de départements : Sinistres et Contentieux, Production et Commercial.

2. Le Département Production et Commercial

Placé sous la supervision de la direction technique, cet organe est dirigé par un chef de département et assure les taches suivantes :

- ✓ la rédaction des contrats d'assurance
- ✓ la production des contrats d'assurance ;

- ✓ la prospection ;
- ✓ le suivi de la clientèle ;
- ✓ les négociations des contrats ;
- ✓ le classement des dossiers production.

3. le Département Sinistres et Contentieux

Mis sous la supervision de la direction technique, ce département assure la gestion de tous les sinistres et contentieux. La gestion se fait à travers les étapes suivantes :

- **Service sinistre Automobile et Risques divers**

✓ Enregistrement des déclarations ;
✓ Ouverture du dossier ;
✓ Réception des réclamations et toutes les autres pièces nécessaires ;
✓ Etude du dossier ;
✓ Proposition de règlement et règlement ;
✓ Paiement (liquidation).

- **Service sinistre Maladie**

✓ Enregistrement des fiches de déclaration, des ordonnances médicales et des factures ;
✓ Etablissement des quittances de paiement et de remboursement direct aux assurés ;
✓ Etablissement des franchises et les transmettre à qui de droit ;
✓ Tenue des statistiques par consommateur ;
✓ Réception des réclamations des assurés, analyse ;
✓ Délivrance des bons de prise en charge.

4. Le département Administratif et Financier.

Ce département assure la vie administrative et financière de la société.

- **Volet administratif**

Les tâches dévolues à ce volet sont entre autres :

- ✓ procéder aux traitements et paiement des salaires mensuels de personnel ;
- ✓ gérer les ressources humaines et matérielles de la société ;
- ✓ gérer les procédures de recrutement ;
- ✓ gérer les contrats d'assurance sur le personnel ;
- ✓ détecter les besoins de formation du personnel.

- **volet financier**

✓ assurer toutes les opérations comptables ;

- ✓ veiller à la régularisation des comptes ;
- ✓ veiller à la bonne tenue de la caisse ;
- ✓ faire un rapprochement bancaire ;
- ✓ veiller à la gestion de la trésorerie ;
- ✓ procéder au contrôle des états de la production et faire des rapprochements avec les états des encaissements ;
- ✓ faire un inventaire des paiements de sinistre ;
- ✓ mettre en place les statistiques de la société.

- **Comptabilité**

La comptabilité s'occupe du traitement et de l'analyse de toutes les informations comptables. Etant donné que cet poste est assuré par le Chef de Département Administratif et Financier, les fonctions relevant de la comptabilité ne sont rien d'autres que celles qui sont citées ci-dessus.

- **Service informatique**

Le service informatique s'occupe essentiellement de toutes les difficultés liées à l'informatique. Il veille au bon fonctionnement des ordinateurs et du serveur qui permet à la production de faire les contrats. Il veille au bon fonctionnement des logiciels.

III. Activités de la SAFAR

A. Evolution du chiffre d'affaire (CA) et des charges de sinistres de la SAFAR entre 2010 et 2013

Entre 2010 et 2013, le CA de la SAFAR a connu une augmentation fulgurante de 144%, soit un taux de croissance annuelle moyen de 25%. La sinistralité est passée de 73% à 51% sur la même période (**graphique 1**).

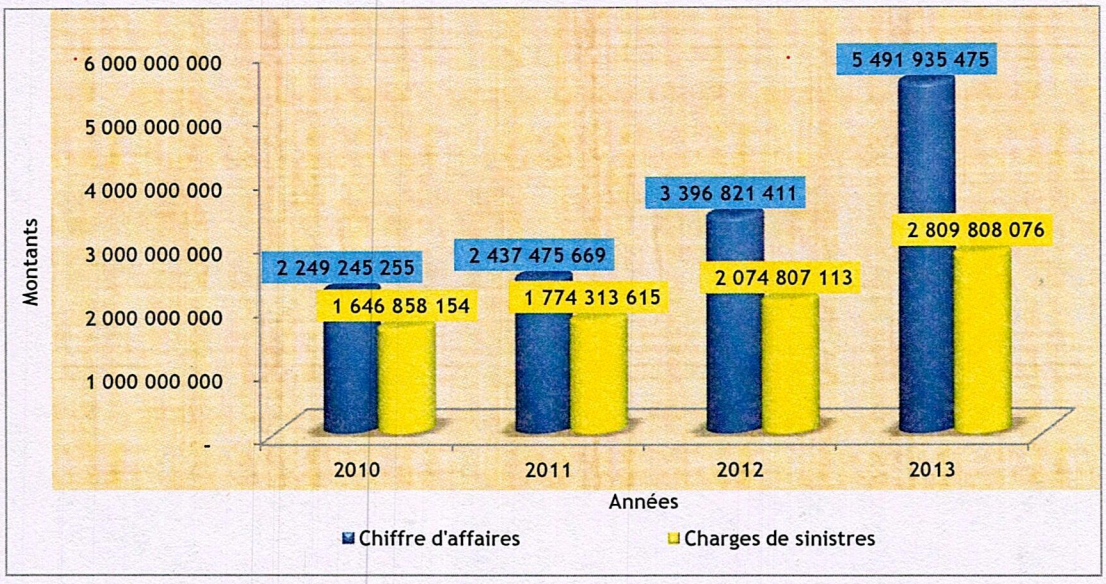
Concernant la branche maladie, l'augmentation du CA est de 241% avec un taux de croissance annuelle moyen de 36%. La sinistralité est passée de 76% à 64% après avoir connue un pic en 2011 (90%) sur la même période (**graphique 2**).

Selon les responsables de la SAFAR, cette croissance du CA est liée à l'augmentation du nombre de contrats dans son portefeuille. La baisse tendancielle de la sinistralité est due à la mise en place d'un certain nombre des dispositifs pour suivre les assurés.

Toutefois, ces évolutions en dents de scie doit attirer l'attention de la SAFAR. Il faudrait qu'elle mette en place une structure pérenne de gestion de son portefeuille

et des stratégies de fidélisation de sa clientèle afin que celle-ci devienne sa véritable ambassadrice, au lieu de « dormir sur ses lauriers ».

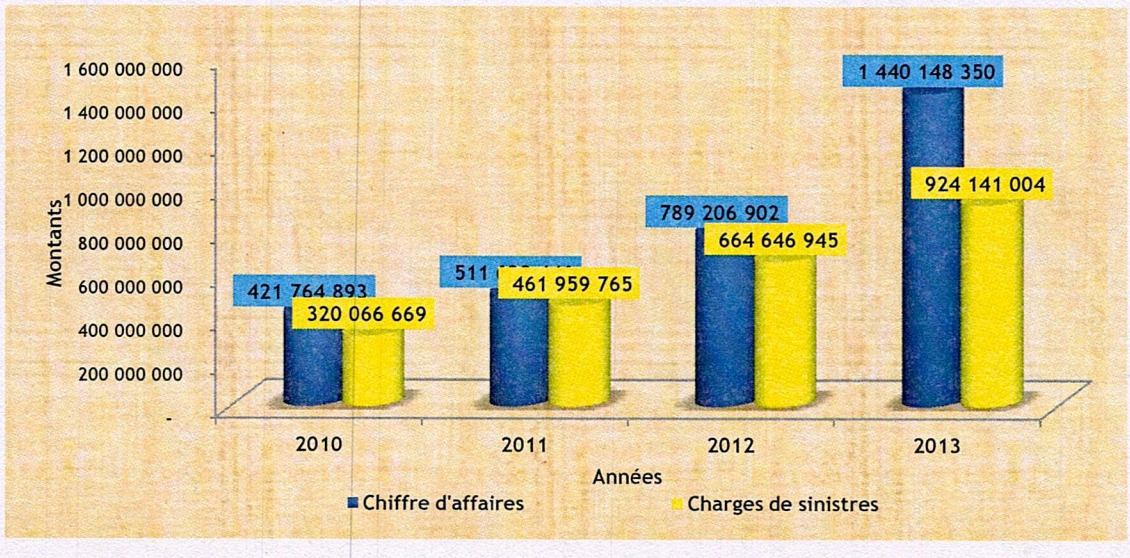
Graphique 1: Evolution du CA et des charges de sinistres de la SAFAR entre 2010 et 2013



Source : Rapport de gestion de la SAFAR 2013

B. Evolution du chiffre d'affaires et des charges de sinistres maladie entre 2010 et 2013

Graphique 2: Evolution du chiffre d'affaires et des charges de sinistres maladie entre 2010 et 2013



Source : Rapport de gestion de la SAFAR

IV. Produits

Parmi les produits de la SAFAR, on distingue ceux qui sont obligatoires de ceux qui sont facultatifs.

A. Assurances obligatoires

Le pouvoir public a institué trois (3) régimes d'assurances obligatoires au Tchad : l'assurance Automobile (volet RC) qui est rendue obligatoire par ordonnance n° *01/CD de 1965)*, l'assurance Transport des facultés importées (rendue obligatoire par décret n°*736/PR/MFM/DG/SCA/85 du 19 novembre 1985* et mis en application par arrêté *n° 0019/MFM/MEC/DG/SCA/86*) et l'assurance Tous Risques Chantier (rendue obligatoire par décret *n° 737/PR/MFM/DG/SCA/85 du 15 Novembre 1985*).

B. Assurances facultatives

Elles concernent l'assurance Maladie, l'assurance individuelle accident, l'assurance incendie et perte d'exploitation, l'assurance Responsabilité civile des chefs d'entreprises, l'assurance Multirisques bureaux et habitations et l'assurance Bris de machines.

CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE

Dans ce chapitre, il sera question de présenter les tâches effectuées dans les différents départements qui ont fait l'objet de la phase d'imprégnation selon le programme de stage qui nous a été remis. Ensuite, nous énumérons les difficultés auxquelles nous n'avons pu trouver des solutions à toutes nos aspirations.

I. Programme de stage

Selon le calendrier de l'IIA, le stage devait commencer le 05 mai 2014. Mais pour des raisons indépendantes de notre volonté, nous l'avons commencé le 12 mai suivant le programme ci-dessous :

Tableau 1: Programme de stage

Période	Départements
12 mai au 11 juin	Production et Commercial
12 juin au 20 juin 2014	Administratif et Financier
21 juin au 20 juillet 2014	Sinistres et Contentieux

Il était prévu qu'après notre tour dans les différents départements, nous soyons affecté dans un service pour la suite de notre stage jusqu'au 15 octobre. Mais pour nécessité de service, nous y avons fait seulement deux jours pour aller au service des sinistres (automobile et maladie) jusqu'au 25 septembre 2014.

Ensuite, nous sommes revenus assurer l'intérim au département Production et Commercial pour la période allant du 30 septembre au 08 octobre 2014.

II. Tâches effectuées

Lors de notre passage dans les différents départements, nous avons effectué des tâches suivantes :

A. Département Production et Commercial

Ce département, comme son nom l'indique, est destiné à la souscription des contrats proposés par la SAFAR Assurances.

Il nous a permis entre autres :

- ✓ de produire des contrats d'assurances « Voyage » et Automobile via le logiciel de pointe »IPRONIA » de la SAFAR Assurances ;
- ✓ de faire des cotations des contrats d'assurances Risques Divers (maladie, incendie, Tous Risques Chantiers...) et éventuelle souscription;
- ✓ de délivrer des attestations des engagements d'assurances aux soumissionnaires des appels d'Offres pour les marchés publics ;
- ✓ de régulariser les contrats souscrits auprès des intermédiaires (ASCOMA, GRAS SAVOYE, SOTCA, ...) ;
- ✓ d'effectuer des visites de risques ;
- ✓ etc.

B. Département Administratif et Financier

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, pendant les deux jours, nous avons préparé les données (relevés bancaires) pour faire les rapprochements bancaires, émis des chèques à partir du logiciel de la comptabilité.

C. Département Sinistres et Contentieux

C'est dans ce département que nous avons passé plus de temps.

Au service sinistre automobile et risques divers, nous avons eu à :

- ✓ ouvrir des dossiers sinistres suivant les déclarations des sinistres automobiles et délivrances des lettres de libération provisoire des véhicules assurés, s'il y a lieu ;
- ✓ enregistrer les dossiers sinistres dans le logiciel IPRONIA ;
- ✓ instruire des dossiers de sinistres automobile et risques divers ;
- ✓ effectuer des visites de sinistres ;
- ✓ proposer des offres d'indemnisation ;
- ✓ émettre des quittances de règlement ;
- ✓ enregistrer des courriers départs dans le registre ;
- ✓ etc.

Au service sinistre maladie, nous avons :

- ✓ saisi des bons de prise en charges et honoraires des médecins ;
- ✓ émis des quittances de remboursement ;
- ✓ visité les assurés/bénéficiaires hospitalisés ;
- ✓ etc.

III. Difficultés rencontrées

Les difficultés que nous avons rencontrées sont moindres mais méritent d'être mentionnées.

Notons que nous avons constaté l'absence du Traité des Risques d'Entreprises (TRE) pour la tarification des contrats en assurance Incendie. La comptabilité des agences et la réassurance n'ont pas été traitées comme le recommandait l'IIA aux structures d'accueil. Aussi, faut-il noter que les logiciels de la SAFAR ne nous permettent pas d'exporter les données vers d'autres logiciels d'analyse et de traitement de données. Ce qui constitue donc les principales limites de ce travail

DEUXIEME PARTIE : STRATEGIES DE GESTION DU PORTEFEUILLE D'ASSURANCE MALADIE : ASPECTS TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL

CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE

Ici, il sera question de présenter l'assurance Maladie du point de vue de son objet, de sa forme, de sa tarification, de son intérêt et de ses différents systèmes de gestion (classique et tiers payant). Mais avant cela, nous donnons quelques définitions suivantes :

- ✓ **Gestion :** C'est l'ensemble de techniques d'organisation qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une entité.
- ✓ **Portefeuille :** C'est l'ensemble de contrats souscrits par une compagnie donnée.
- ✓ **Anti-sélection des assurés :** ceux-ci savent que leur risque est aggravé et ils profitent de ce que l'assureur ne le découvre pas pour souscrire les contrats profitables pour eux, au détriment de cet assureur.

I. Bases théoriques de l'opération d'assurance

A. Différences

On assiste à un retour vers une participation plus importante des assureurs au marché de l'assurance Maladie.

En France, l'adhésion à une caisse publique est très largement obligatoire pour les salariés (la couverture sociale obligatoire pour les uns, la couverture maladie universelle pour les autres), et l'intervention des assureurs est limitée à certaines catégories de population ou aux compléments de garantie qui peuvent être proposées lorsque les risques ne sont pas indemnisés à 100% par la caisse publique.

Dans les pays africains au Sud du Sahara où il n'existe presque pas de caisses publiques d'assurance Maladie, les populations sont pratiquement abandonnées. Ces situations soulignent évidement l'inégalité d'accès aux soins qui sont une des manifestations du sous développement.

Dépenses de santé au Tchad : Notion des quintiles de pauvreté (Tableau 2)

Cette approche a pour but l'analyse de la pauvreté des ménages par le biais de cinq quintiles de dépenses. Les ménages du premier quintile (20%) sont les plus pauvres. Au deuxième quintile, se trouvent les 20% suivant et ainsi de suite jusqu'au cinquième quintile où se trouvent les 20% de ménages les plus riches. La répartition des individus dans les quintiles de bien-être permet de définir cinq classes qui vont de « plus pauvre » à « plus riche ». Les dépenses annuelles moyennes par tête varient de 66 321 FCA au premier quintile à 61 297 F CFA au cinquième et se chiffrent à 231 190 F CFA au niveau national. Autrement dit, les 20% des ménages les plus pauvres dépensent en moyenne 66 321 F CFA par personne et par an tandis que les 20% plus riches dépensent en moyenne 617 297 F CFA et d'une manière générale, un ménage tchadien dépense en moyenne 231 190 FCFA.

Tableau 2 : Répartition par quintile de bien être des dépenses annuelles moyennes par tête

Quintile	Appellation	Dépense moyenne par tête et par an
Premier (Q1)	Plus pauvre	66 321
Deuxième (Q2)	Moyen pauvre	120 634
Troisième (Q3)	Médian	233 661
Quatrième (Q4)	Moyen riche	295 872
Cinquième (Q5)	Plus riche	617 292
Ensemble		231 190

***Source* : INSEED, ECOSIT 3, 2011**

Au Tchad, les dépenses moyennes annuelles de santé des ménages estimées à 46 682 FCFA, représentent 3,5% (Tableau 3) des dépenses annuelles totales. Ces dépenses correspondent à 3,6% des dépenses totales des non pauvres et 3,1% des dépenses totales des pauvres.

Selon le milieu de résidence, la dépense moyenne annuelle de santé des ménages est relativement plus élevée à N'Djaména et dans l'ensemble du milieu urbain (3,8% et 3,7% de dépenses totales) qu'en milieu rural (3,3% des dépenses totales).

Tableau 3 : Dépenses de santé par lieu de résidence et sexe du chef de ménage selon le niveau de vie

Caractéristiques	Dépenses annuelles moyennes par tête (en F CFA)			Part de la dépense de sante dans la dépense totale (%)		
	Pauvre	Non pauvre	Ensemble	Pauvre	Non pauvre	Ensemble
Lieu de résidence						
N'djamena	131 103	460 282	424 111	3,5	3,8	3,8
Autres milieux urbains	104 033	339 534	271 797	2,9	3,7	3,6
Ensemble urbain	110 334	399 672	339 212	3,1	3,8	3,7
Milieu rural	89 762	288 398	184 146	3,1	3,4	3,3
Ensemble	**91 458**	**318 792**	**212 704**	**3,1**	**3,6**	**3,5**

***Source** : INSEED, ECOSIT 3, 2011*

Ces différents résultats sont à prendre en compte par la SAFAR dans la tarification de ses contrats d'assurance maladie. Si les primes réclamées sont élevées par rapport à la bourse, son portefeuille ne sera composé que des 20% de la population Tchadienne plus riche.

B. Objet du contrat d'assurance Maladie

L'assurance Maladie a pour objet de protéger les personnes contre les conséquences pécuniaires de la maladie mais aussi celles de l'accident et de maternité. Cette protection s'effectue à partir d'un ensemble de garanties appelées « prestations » qui se subdivisent en deux catégories :

- ✓ prestations en nature qui est la forme la plus usitée. L'assureur rembourse les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, etc. ;
- ✓ prestations en espèces : l'assureur compense la perte de revenus liées à l'arrêt Maladie ou verse des allocations forfaitaires en cas d'hospitalisation, ou une rente en cas d'incapacité permanente partielle ou totale.

C. Forme des contrats en assurance Maladie

Les contrats d'assurance Maladie sont le plus souvent des contrats collectifs couvrant un ensemble d'assurés et leur famille. Le souscripteur de ces contrats est généralement un employeur, un syndicat, un comité de quartier, une association, etc.

L'intérêt de ce contrat est qu'il constitue déjà une mini-mutualité et que l'assureur peut se montrer moins restrictif dans ses conditions d'adhésion et de couverture que pour les contrats individuels.

D. Tarification des contrats d'assurance Maladie à la SAFAR Assurances

Il existe deux types de tarifs : tarif individuel Maladie et tarif Maladie groupe.

La prime d'assurance Maladie à la SAFAR Assurances est à lecture directe. Une prime par individu est ainsi déterminée et pourra être modulée dans l'avenir en fonction de la clause d'ajustement **(Tableau 7 en annexe)**. Les paramètres qui sont pris en compte pour la détermination des primes sont l'option de remboursement, la territorialité (soins au Tchad uniquement, soins en Afrique Centrale et de l'Ouest et soins à l'étranger), le nombre de têtes à assurer et le plafond de garantie.

Exemple d'un avenant de renouvellement d'une police maladie groupe:

Nombre de têtes à assurer : 22 personnes dont 06 adultes et 16 enfants ;

Territorialité : soins au Tchad uniquement ;

Plafond de garantie : 1 500 000 F CFA/personne/année d'assurance ;

Taux de remboursement : 80% ;

Sinistralité : 12,76%, **Ajustabilité** : -15% ;

DECOMPTE DE LA PRIME :

Prime nette annuelle adultes : (157 500 F x 06)	**945 000 F**
Prime nette annuelle enfants: (94 500 F x 16)	**1 512 000 F**
Prime nette annuelle totale	2 457 000 F
Ajustement : (15%)	- 368 550 F
Prime nette ajustée	2 088 450 F
Accessoires	**50 000 F**
Taxes (15%)	**320 767 F**
Net à payer	**2 459 217 F**

Lorsqu'il existe une extension de garantie pour les soins au Tchad et soins à l'étranger, le tarif est majoré de 20%. Cette extension de garantie n'est consentie que pour les polices maladie groupe.

Les contrats individuels sont tarifés au vu des renseignements obtenus par l'assureur grâce au questionnaire médical où l'assuré est tenu de décrire très précisément ses maladies et accidents antérieurs ainsi que ses antécédents familiaux connus de lui. La prime est fonction de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. Les calculs théoriques sont effectués à partir d'une table « d'entrée en invalidité » selon l'âge.

II. Intérêt d'une assurance Maladie

Il convient d'analyser cet intérêt tant du côté de l'assureur que de l'assuré.

A. Assurance Maladie : un produit d'appel

Le produit d'appel se définit comme un produit qui attire la clientèle, en raison, le plus souvent de son bas prix, tels que les produits de grande consommation dans les grandes surfaces de vente qui sont vendus pratiquement à perte. Ici, le client assimile ces prix très bas à ceux de l'ensemble du magasin. C'est le cas de l'assurance Maladie, qui en dépit du fait qu'elle ne permet pas à l'assureur de réaliser des produits financiers conséquents et qu'elle est en général déficitaire, les assureurs en font un ticket d'entrée de l'assuré dans leur portefeuille. En effet, l'assuré sera enclin à confier ses autres affaires à la société qui lui offre une bonne couverture. Les mauvais résultats enregistrés dans cette branche seront alors compensés par ces affaires apportées.

Dans certaines entreprises d'assurances, l'acceptation d'un assuré en portefeuille maladie est subordonnée à la souscription d'autres risques que nous les appelons « **risques d'accompagnement** » selon une certaine proportion de la prime d'assurance Maladie, ce qui n'est pas le cas à la SAFAR. L'intérêt pour l'assureur de maintenir un tel produit en portefeuille est donc d'attirer d'autres risques.

B. Assurance Maladie : une sécurité pour l'assuré.

L'unique voie de sécurité sociale qui s'offre aux populations et qui fonctionne correctement est l'assurance Maladie. En effet, prenons l'exemple de Messieurs AHAMAT et MBODOU, deux personnes ayant pratiquement les mêmes revenus. Supposons que

MBODOU ait une assurance Maladie pour lui et sa famille et qu'AHAMAT n'en ait pas. En cas de maladie dont les soins s'élèvent à la somme de 200 000 Francs, l'assurance de MBODOU peut lui permettre de ne rien payer. AHAMAT qui n'a pas d'assurance Maladie, aurait déboursé la totalité de la somme et cela aurait eu des répercussions sur ses dépenses mensuelles.

L'assurance Maladie représente non seulement une façon de gérer ses risques, mais bien plus encore, une sécurité pour celui qui en bénéficie.

III. Différents systèmes de gestion en assurance Maladie

En assurance Maladie, il existe deux systèmes de gestion que sont : le système classique et le système tiers payant.

A. Système classique

Dans ce système, l'assuré se fait soigner ou achète ses produits pharmaceutiques dans l'officine de son choix. Il paie la totalité des frais et s'adresse à son assureur pour se faire rembourser selon le taux de remboursement. L'assureur n'impose aucun réseau de soins à l'assuré.

Toutefois, lors de la réclamation adressée à l'assureur, il devra présenter les justificatifs des frais engagés. Les remboursements sont soumis au principe indemnitaire, conformément à l'**article 31 du code CIMA**, qui stipule que l'indemnité due par l'assureur ne peut pas dépasser le montant du sinistre.

Il n'est pas toujours évident pour les assurés d'avoir les moyens financiers suffisants pour effectuer les dépenses et se faire rembourser par la suite. Comme solution à ce problème, il existe un autre système de gestion appelé le **tiers payant.**

B. Système tiers payant

Ce système est né pour remédier aux difficultés auxquelles certains assurés peuvent éprouver face aux dépenses de soins qui peuvent atteindre des montants très élevés. Ainsi, l'assuré se soigne non pas à hauteur du montant total des frais mais plutôt de ce montant diminué de la part remboursable normalement par l'assureur. Ce système s'est fortement développé ces dernières années.

Illustration:

Montant de la facture : 200 000 F

Taux de remboursement : 80%

Part de l'assureur : 200 000*80% = 160 000 F

Part de l'assuré : 200 000*20% = 40 000 F

La meilleure stratégie de gestion du portefeuille Maladie est celle qui s'appesantit sur deux aspects : l'aspect technique et l'aspect organisationnel. Ceux-ci sont d'une importance capitale pour une compagnie d'assurances. Leur maîtrise donnerait des avantages concurrentiels considérables. C'est aussi dans cette optique que la gestion d'un portefeuille d'assurance Maladie nécessite des compétences et des moyens spécifiques ainsi qu'un ensemble de critères qui méritent une réflexion approfondie.

CHAPITRE II - STRATEGIES DE GESTION DU PORTEFEUILLE D'ASSURANCE MALADIE A LA SAFAR ASSURANCES

Dans ce chapitre, il sera question de présenter, en premier lieu, les différents éléments de base pour le processus de gestion des contrats d'assurance Maladie à la SAFAR. Ensuite, nous ressortirons les principaux problèmes liés à la gestion de cette assurance. Enfin, nous parlerons des différentes stratégies à mettre en place pour pouvoir maîtriser la gestion de ce portefeuille qui déboucheront sur la nécessité de créer une division autonome de statistique et de surveillance du portefeuille.

I. Processus de gestion d'une police d'assurance maladie à la SAFAR

A. Demande de cotation

L'émission des contrats maladie se fait selon un processus bien déterminé. En effet, le souscripteur fait une demande de cotation au service production soit directement soit par l'intermédiaire des agents généraux ou des courtiers. Il communique tous les éléments jugés utiles pour la tarification. Ce sont notamment l'âge de l'assuré, le nombre d'assurés et des bénéficiaires s'il y a lieu, l'option de remboursement, la territorialité et le plafond de garantie. Le service production établit une proposition qu'elle transmet au souscripteur. En cas d'accord de ce dernier, la compagnie procède à la mise en place de la police.

B. Souscription des contrats

La souscription des contrats à la SAFAR Assurances se fait selon un certain nombre de directives, puis obéit à un tarif bien déterminé.

1. Directives de souscription prévue

Comme nous l'avons dit ci-dessus, pour permettre de faire une meilleure offre, l'assureur peut faire remplir et signer par le Souscripteur un questionnaire proposition devant servir de base à l'étude et à la tarification. Ce questionnaire doit comporter toutes les informations nécessaires et utiles à la bonne appréciation du risque.

En maladie, Il est aussi prévu un questionnaire médical pour les contrats individuels Maladie. Avant toute souscription, les services de la Compagnie veillent à ce que le souscripteur remplisse le questionnaire médical qui lui aura été remis auparavant. Ce questionnaire médical dûment rempli et remis à la Compagnie se doit de contenir toutes les déclarations sur la base desquelles le contrat est conclu.

Il est par ailleurs précisé que les déclarations qui y figurent sont soumises aux dispositions de l'**article 18 du Code CIMA** portant notamment sur les sanctions applicables en cas de déclarations inexactes ou incomplètes de la part du souscripteur ou de l'Assuré. Les informations qui y sont portées permettent alors soit de valider en l'état la proposition qui a été faite, soit d'apporter les modifications en tenant compte des éléments particuliers.

En outre, lorsque les mentions figurant au questionnaire médical laissent transparaître des antécédents médicaux ou un état de santé antérieur aggravant le risque, l'assureur peut par mesure de prudence se référer au Médecin Conseil qui indiquera les conditions ou les réserves particulières de souscription (surprime et/ou exclusion des affections qui seraient en relation avec ledit état antérieur).

1.1. Age à la Souscription

Il existe une limite d'âge de souscription fixée à **60 ans** pour toute affaire nouvelle pour les assurés principaux et moins **de 18 ans** pour les bénéficiaires. Il peut être prolongé à **25 ans** pour ces derniers s'ils poursuivent des études.

1.2. Délais de carence ou d'attente

A ce niveau, la compagnie, sauf dispositions contraires mentionnées expressément aux conditions particulières du contrat, ne prend en charge les frais médicaux qu'après expiration des délais ci-dessous, à compter de la date d'effet du contrat. Ce délai caractérise l'individuelle maladie.

2. Différentes modifications

En assurance, les modifications pouvant survenir au contrat sont constatées par des avenants. En effet, il peut y avoir un avenant de renouvellement, de résiliation avec ou sans ristourne, d'incorporation, de retrait ou de régularisation avec ou sans ristourne calculée au prorata.

C. Paiement des sinistres Maladie

1. Prestations maladie

Lorsqu'un assuré est malade, ce dernier muni d'une fiche de prise en charge se rend dans un établissement pour se faire soigner, il a le choix entre un établissement conventionné ou non.

- ✓ **Dans les établissements conventionnés**

Ici, l'assuré doit présenter un bon qui permettra d'établir les factures. Ce dernier paie alors le ticket modérateur, c'est-à-dire que s'il bénéficie d'une couverture de 80% par exemple, il ne paiera que 20% de la facture.

✓ **Dans les établissements non conventionnés**

L'assuré effectue toutes les dépenses, transmet les fiches et factures qui sont par la suite envoyées au gestionnaire pour être analysées en vue d'un éventuel remboursement.

2. Analyse, traitement et remboursement des frais

Ils sont effectués par le gestionnaire. En effet, les frais médicaux sont transmis au gestionnaire. En fonction des différentes prestations, le contrat prévoyant un certain nombre de frais qui sont remboursables ou non, l'assuré ne peut bénéficier que des garanties mentionnées expressément au tableau des garanties figurant aux conditions particulières ou convention spéciale du contrat.

✓ **Les prestations garanties ou non**

Les prestations décrites ci-dessous constituent l'ensemble de prestations que la compagnie peut garantir au titre de l'assurance maladie. Mais il est prévu dans tous les contrats une liste de prestations pour lesquelles la SAFAR ne rembourse pas **(voir les exclusions en annexe).**

D. Mandat de gestion

La SAFAR a confié la gestion de certains contrats de la branche « Maladie » à GRAS SAVOYE à travers un mandat de gestion. Ce dernier rédige les imprimés de la compagnie et présente les documents à la signature de celle-ci. Il est également chargé de gérer les mouvements au cours du contrat notamment les incorporations, les retraits de bénéficiaires et/ou assurés et d'établir les documents y afférents.

En outre, il procède en lieu et place de la compagnie ou conjointement avec cette dernière et/ou son médecin-conseil, à tous les contrôles jugés nécessaires à l'occasion des remboursements afférents au dossier maladie.

Après l'émission des contrats, GRAS-SAVOYE transmet à la compagnie les pièces. Il est tenu de transmettre d'autres renseignements statistiques à la SAFAR.

La SAFAR produit le contrat de base et/ou les avenants en trois exemplaires que sont, l' « Exemplaire Assuré », l' « Exemplaire à nous retourner signé » et l' « Exemplaire à remettre à l'intermédiaire ».

E. Saisie des contrats dans le logiciel interne

Le logiciel interne est dénommé **IPRONIA.** C'est un logiciel intégré de gestion d'assurances. Au-delà de celle-ci, il comprend des modules financiers et une interface entre l'assurance et la comptabilité. Le logiciel est composé des modules suivants : productions, sinistres, encaissements. IPRONIA fonctionne en environnement Client/serveur sous la plate-forme Windows.

II. Problèmes liés à la gestion du portefeuille d'assurance Maladie

A. Problèmes internes

Ce sont ceux qui sont liés à la souscription, la gestion et au règlement des sinistres Maladie en général et qui freinent la bonne gestion de la branche au sein de la SAFAR. Ils sont entre autres :

- ✓ les modifications des contrats de base (incorporation, retrait, changement de taux de remboursement, etc.) qui ne sont pas toujours communiquées à temps au service sinistres pour leur application ;
- ✓ l'effectif du personnel est insuffisant pour permettre de suivre les consommations des assurés ;
- ✓ les échéances ne sont pas uniformes pour pouvoir harmoniser les statistiques ;
- ✓ etc.

B. Problèmes externes

Ce sont des difficultés que l'on rencontre régulièrement, et qui concernent les relations avec les partenaires, les assurés et l'environnement de l'entreprise dans la gestion du contrat maladie. Ils sont multiples, et les principaux sont :

- ✓ certaines entreprises ne mettent pas toujours la liste de leurs assurés à jour, rendant ainsi difficile l'étude de leur dossier pour le remboursement ;
- ✓ certains assurés n'hésitent pas à passer plus de cinq jours dans une clinique privée lorsqu'ils savent qu'ils sont assurés (risque moral) ;
- ✓ certains assurés font bénéficier à un tiers leur assurance (substitution des personnes);
- ✓ certaines informations sont modifiées sur les pièces justificatives. Il arrive que l'assuré sait que l'acte est exclu dans son contrat mais demande à son médecin,

avec sa complicité bien évidement, de modifier ledit acte pour se faire rembourser;

- ✓ certains prestataires allongent la durée d'hospitalisation des assurés lorsqu'ils réalisent qu'ils ont une assurance Maladie, et pour une pathologie qui ne nécessite pas une hospitalisation, l'assuré se trouve hospitalisé.
- ✓ ordonnances qui ne sont pas prescrites par un corps médical compétent ;
- ✓ certains prestataires qui ne disposent pas les listes des assurés, servent ceux-ci sur simple présentation de la fiche maladie, cela ouvre la voie à des abus car on ne sait plus qui a la qualité d'assuré et qui n'en a pas ;
- ✓ il y a les surfacturations ;
- ✓ les noms des patients ne sont souvent pas bien renseignés. On écrit par exemple l'enfant de l'assuré N° xxx.

C. Système d'information

Pour la gestion du portefeuille maladie, SAFAR Assurances dispose d'un système d'information (le logiciel outil).

Cependant, ce système d'information n'est pas parfait. Nous avons relevé un certain nombre de difficultés, qui peuvent compromettre la bonne gestion du portefeuille d'assurance Maladie, notamment l'impossibilité d'exporter les données vers d'autres logiciels d'analyse et de traitement, l'impossibilité de croiser plus de deux variables, pour ne citer que celles-là.

Face à tous ces problèmes, la SAFAR a fait montre de vigilance en vue d'éviter, au mieux de ses capacités, quelques dysfonctionnements.

III. Politique actuelle de la SAFAR pour mieux gérer les dysfonctionnements

- ✓ rejet pur et simple des pièces surchargées, falsifiées, non revêtues des sceaux d'émetteurs ou datées antérieurement à la date de déclaration de la maladie ;
- ✓ envoi des lettres de contestation pour justification aux assurés dont les dossiers sont suspects et irréguliers ;
- ✓ transmission de certains dossiers médicaux au médecin conseil pour une appréciation avant évacuation ;
- ✓ etc.

IV. Aspect technique

Comme dit précédemment, la gestion d'un portefeuille d'assurance Maladie repose sur des aspects techniques essentiels et très complexes. Cet aspect technique de gestion concerne essentiellement des points tels que l'étude des risques, la définition des tarifs réalistes (tarification), le suivi du portefeuille (voir si le produit est in fine rentable), etc.

A. Etude des risques et définition de tarifs réalistes

L'étude des risques permet d'apprécier les risques à assurer, de proposer une offre conforme aux aspirations des clients mais également d'innover.

L'aspect tarifaire concerne le prix à réclamer aux clients et également les produits mis à leur disposition. En réalité, il est indispensable qu'une entreprise d'assurance mette en place des mécanismes pérennes de diagnostics des risques (modélisation des risques) de façon à pouvoir les contenir et les suivre en permanence.

Avant d'accepter un souscripteur ou assuré en portefeuille, l'assureur doit lui réclamer les statistiques sur les trois derniers exercices s'il a déjà été assuré. A cet effet, la collaboration entre les compagnies d'assurances doit être renforcée via la direction nationale des assurances (DNA) afin que l'échange d'informations puisse s'opérer entre les compagnies. Ainsi, en fonction des postes de forte consommation sur les années précédentes, l'assureur pourrait réduire ses plafonds pour ce qui est desdits postes ou les soumettre à entente préalable.

B. Suivi du portefeuille : Les outils utiles à l'étude technique de la consommation

1. Analyse technique : le rapport sinistre à prime

A partir d'un indicateur de résultat, par exemple S/P, il est possible de voir si le tarif SAFAR est suffisant ou non. Ce rapport doit être inférieur ou égal à 66% pour qu'un produit soit rentable. Il est le montant des charges de sinistres rapporté aux primes pour un même exercice.

Tableau 4 : Nombre et Frais des actes médicaux de NEIS entre 01/01 et 30/06/2014

Actes	Nombre	Proportion	Montant	Proportion
Consultation généraliste/Spécialiste	162	26,38	855 900	8,12
Pharmacie	261	42,51	3 319 692	31,48
Radio	21	3,42	286 400	2,72
Echographie	8	1,3	62 400	0,59
Scanner	1	0,16	64 000	0,61
Analyses	114	18,57	3 549 100	33,66
Hospitalisation	14	2,28	846 240	8,03
Honoraires/soins médicaux	7	1,14	84 000	0,8
Soins/dentaires	26	4,23	1 476 580	14
Total	**614**	100	**10 544 312**	100
			Prime nette	**3 502 322**
			S/P (en %)	**301,06**

Source **: Extrait des données à partir du logiciel G-MALADIE de la SAFAR**

Nous remarquons que les actes médicaux les plus enregistrés sont les pharmacies (42,51%), les consultations (26,38%) et les analyses (18,57%). Mais en terme de montants, les analyses représentent 33,66%, les consultations (8,12%) et les pharmacies (31,48%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les cliniques profitent des assurances pour se faire des profits. L'assureur doit être regardant sur ces examens en les soumettant à son médecin-conseil avant de rembourser.

En revanche, la sinistralité est plus de 5 fois la norme (soit 301,06%). En principe la SAFAR devait avoir une division chargée de vérifier en permanence les consommations de ses souscripteurs pour s'assurer que son portefeuille est sain.

L'objectif principal de cet indicateur est d'arriver à une maîtrise de la gestion technique de la branche maladie. Il permet de savoir si la cotisation réclamée par la compagnie est suffisante, par voie de conséquence, savoir si le produit conçu est in fine rentable ou si le tarif a été déterminé de façon réaliste.

En effet, l'assureur doit réunir des statistiques portant sur tous ses contrats. Il doit connaître avec évidence les résultats de sa clientèle en temps réel.

2. Statistiques par acte médical

Les statistiques seront établies en prenant en compte le nombre de sinistres par acte, le coût des sinistres par acte.

A l'aide des chiffres obtenus, on détermine les actes médicaux sur lesquels la fréquence des sinistres est élevée et ceux sur lesquels le montant est élevé. L'acte sur lequel il y aura le plus de sinistres sera appelé « **STAR** » et celui sur lequel le montant sera le plus élevé sera appelé « **LOST** ».

Nous constatons que dans le **tableau 5** ci-dessous, en termes de nombre de sinistres et de montants, la pharmacie représente plus de 46 % des sinistres enregistrés, et un peu plus de 35% du montant global des actes médicaux pour le premier semestre 2014. Il est appelé à la fois « STAR » et « LOST ». Ensuite, les analyses représentent une part non négligeable en termes de nombre et de montant (respectivement 18,78% et 26,02%) sur la même période. Les consultations (19,83%), en termes de nombre de sinistres, sont également enregistrés mais à une proportion moins élevée que celle des analyses ; en termes de montant, elles représentent 5,88% du global. Les consultations généralistes représentent environs 45% des 5,88% des consultations.

La SAFAR peut opérer des négociations avec les cliniques conventionnées pour que ces prestations se fassent gratuitement ou à des montants moins élevés. Ce qui aura pour conséquence, l'amélioration de la rentabilité du portefeuille maladie.

Il en est de même pour les autres actes à savoir les frais pharmaceutiques et les analyses, on peut supposer que les montants de pharmacie sont dus aux substitutions des personnes et aux surfacturations des cliniques. La SAFAR peut éviter cela en faisant analyser les factures et/ou les ordonnances par son médecin conseil tout en vérifiant la consommation de l'assuré en question sur une courte période.

Tableau 5 : Nombre des sinistres et frais médicaux par actes médicaux entre le 01/01 et le 30/06/2014

Actes médicaux	Nombre	Proportion (en %)	Montant	Proportion (en %)
Verres/monture/optique	102	0,43	7 129 352	1,3
Evacuation/transport/transfert	44	0,18	65 471 220	11,91
Rééducation	43	0,18	1 439 700	0,26
Pansement	35	0,15	95 600	0,02
Régularisation	11	0,05	2 710 505	0,49
Soins/honoraire/dentaire/Optal/Orl/étranger	1 342	5,61	50 358 271	9,16
Consultation généraliste/spécialiste/ Honoraire expertise	4 745	19,83	32 327 410	5,88
Pharmacie privé/Hôpital	11 197	46,79	193 235 460	35,14
Radio/Scanner/électrocardiogramme	531	2,22	10 462 850	1,9
Echographie	658	2,75	6 294 610	1,14
Analyses	4 495	18,78	143 068 787	26,02
Chirurgie/Petite/Opération chirurgicale	78	0,33	8 214 569	1,49
Hospitalisation/Observation/Forfait mensuel	623	2,6	27 063 415	4,92
Accouchement simple/dystocique/césarienne /maternité	25	0,1	1 949 500	0,35
Autres	3	0,01	104 000	0,02
Total	23 932	100	549 925 249	100

***Source** : Extrait des données à partir du logiciel G-MALADIE*

3. Surveillance de la consommation médicale des assurés

L'assuré peut être surveillé à divers niveaux. Cette surveillance part de l'identité du bénéficiaire (ou patient) à sa consommation.

En ce qui concerne l'identité des patients, Il s'agit de vérifier si les personnes bénéficiaires des soins y ont effectivement droit. La première mesure consiste à communiquer aux établissements de soins conventionnés la liste des assurés. De même, tout retrait ou toute incorporation d'un assuré et/ou son bénéficiaire devra être communiqué à ces centres pour une mise à jour de leurs fichiers. Aussi, les noms des assurés dont les plafonds sont atteints doivent-ils être systématiquement communiqués aux prestataires.

Une fois l'identité vérifiée, le prestataire de soins devra faire émarger le bénéficiaire. Il enregistre les actes effectués et leurs coûts pour le compte de ce client. C'est cette liste des actes exécutés que le prestataire transmettra au gestionnaire ou à l'assureur afin que ceux-ci lui paient les sommes dues.

Les prestataires devront immédiatement informer le gestionnaire ou l'assureur des cas des fraudes décelées en indiquant le nom de l'assuré complice de fraude. Le prestataire qui s'est fait complice d'une fraude pourrait être retiré de la liste des établissements conventionnés lorsqu'il est membre du réseau.

4. Analyse par pathologies

Au verso des fiches de déclaration de sinistre maladie, il est recommandé aux assurés de porter la nature de la maladie soignée pour être remboursé, ou encore si l'assuré désire que sa déclaration reste confidentielle et au secret médical, il lui revient d'adresser son dossier médical à l'attention du médecin-conseil de la SAFAR sous pli fermé. Mais nous pouvons affirmer sans risque de nous tromper que moins de 1% des fiches sont bien remplies, et celles qui ne le sont pas, ne sont jamais transmises au médecin-conseil de la SAFAR.

Si les fiches étaient remplies comme il est recommandé, nous pourrions faire des analyses pour pouvoir nous assurer avec certitude de la consommation exagérée des assurés, et ce, pour contrer les cas fréquents des fraudes. Aussi, aurions-nous tenté d'expliquer si le résultat déficitaire de la branche n'est pas lié à l'anti-sélection.

5. Utilisation des indicateurs de performance

Un indicateur est une information ou un ensemble d'informations contribuant à l'appréciation, par le décideur, d'une situation. Un indicateur de performance est une mesure ou un ensemble de mesures braquées sur un aspect critique de la performance globale d'une organisation.

Il est important, pour mesurer la performance des prestations effectuées par l'entreprise, d'initier ces indicateurs. On peut citer entre autres :

- ✓ **le taux de renouvellement (TR)** des contrats qui se calcule comme suit :

TRC = (Nombre de polices renouvelées/ Nombre de polices initiales) x 100

Les polices non renouvelées correspondent ici aux polices résiliées à la demande du client ou sur l'initiative de l'assureur. Il nous permet de mesurer le degré de fidélisation de la clientèle. Il faudrait qu'il soit supérieur ou égal à **95%**.

Il est nécessaire pour attirer l'attention d'une compagnie sur une mauvaise qualité éventuelle des prestations. En effet, si nous avons par exemple un TR qui s'élève à 25%. Cela signifierait que 75% des polices ont été résiliées. Il va falloir trouver la raison d'un tel résultat.

- ✓ **La proportion du nombre de sinistres par acte médical et par assuré (PNSAA)**

Il se calcule pour chaque acte médical comme suit :

PNSAA = (Nombre de sinistres par acte médical/Nombre total de sinistres) x 100

En établissant les statistiques, si l'on se rend compte que pour un assuré donné ou un prestataire, il y a par exemple les analyses médicales qui constituent à elles seules plus de 50% du nombre total de sinistres, cela va attirer l'attention de la compagnie.

Il y a encore un véritable problème dont souffre la SAFAR le manque d'expertise ou des moyens conséquents pour l'endiguer : le bilan de santé. Bien qu'il est écrit très apparent dans les conventions spéciales qu'il est exclu, on a l'impression que bon nombre d'assurés le font sans que la SAFAR ne s'en rende compte. Il serait judicieux d'aller consulter les registres des patients auprès des prestataires. Le Tableau 8 **(en annexe)** illustre cela. Les analyses représentent 54% des actes.

✓ **Le nombre de seuils atteints par acte médical et par assuré (NSAA)**

Il s'agit de compter le nombre d'actes médicaux sur lesquels les plafonds ont été atteints. Il faudrait qu'il soit inférieur ou égal à trois. Dans le cas où celui -ci est supérieur à trois, l'assuré doit faire l'objet d'un contrôle particulier. Ce peut être un cas de fraude.

✓ **Le nombre d'acte biologique pour un assuré par un même prestataire**

Il correspond au nombre d'acte d'analyse fait à un assuré par un prestataire donné. Il se calcule par le nombre d'acte d'analyse pendant un mois par un assuré. Il doit être inférieur ou égal à un par mois ou par trimestre. Par exemple l'examen d'ASLO ne peut être prescrit plus d'une fois à un assuré en moins d'un mois. La SAFAR devra mettre en place un système qui consiste à vérifier à tout moment les analyses médicales par assuré et par prestataire.

Le tableau 9 **(en annexe)** illustre le fait que pour un même assuré, plusieurs examens lui sont faits en moins d'un mois. Il est inconcevable que pour ce laps de temps, on refasse les mêmes examens à un patient. Il faut également noter que des produits tels que seringues sont excessivement prescrits, l'observation est également systématique. En regardant les analyses médicales, on se rend tout de suite compte que c'est du bilan de santé, qui est d'ailleurs une exclusion dans les conventions spéciales.

✓ **Le délai de remboursement des frais exposés (DRFE)**

Il s'agit ici de recenser pour chaque réclamation effectuée, le délai de remboursement, afin de mettre en exergue non seulement les délais ayant dépassé les normes fixées mais aussi de réajuster au besoin les durées fixées dans les normes. En effet, supposons par exemple que pour les cas d'hospitalisation, le gestionnaire ait défini **trois (3) jours** ouvrables, et qu'il y ait une particularité au dossier qui empêche le gestionnaire de répondre dans le temps, la cellule d'études statistiques en faisant son rapport fera ressortir les particularités au dossier. Par ailleurs, si on constate que le gestionnaire n'arrive pratiquement pas à respecter les délais, il faudra chercher les causes et réajuster les délais au besoin.

6. Etudes de modélisation

Elle consiste à construire des modèles mathématiques à partir des données statistiques. En effet, en utilisant les lois statistiques, la compagnie est en mesure de

connaître la distribution de la fréquence des sinistres, la distribution du nombre de sinistres. Une fois que la distribution d'un événement ait été déterminée, il est facile de faire des prévisions, de porter un jugement et de faire des ajustements.

C. Rendre performant le logiciel métier Interne

Nous suggérons à ce niveau que le logiciel soit mis à l'étude pendant une certaine période et dans de brefs délais pour répondre aux réalités des contrats maladie.

1. Amélioration du temps d'accès à l'information

Il faudrait que le module relatif à la tabulation soit ajouté pour permettre de croiser plusieurs variables à la fois, et obtenir des résultats autant que possible dans un même tableau. G-MALADIE ne permet pas d'obtenir cela.

La saisie des dossiers sinistres maladie doit être adaptée aux besoins de la gestion et doit être simplifiée, c'est-à-dire que l'on doit renseigner le montant total des actes médicaux par assuré ou bénéficiaire au lieu qu'on ait à renseigner le détail de chaque prestation ; le nombre d'assurés dont les plafonds sont atteints par souscripteur. Nous illustrons cela dans le tableau ci-dessous :

Tableau 6 : Contrôle du plafond des assurés

Nom de l'assuré	Nom du Malade	Actes	Proportion de la consommation par rapport au		Ratio (S/P) du souscripteur
			Plafond	Nombre d'actes	

Nous avons aussi constaté que le logiciel admet les assurés ou bénéficiaires sans leur âge. Ce qui ne permet pas de s'assurer qu'ils sont tous éligibles. Par ailleurs, il faut le stabiliser de sorte à ce qu'on n'ait plus à observer des noms sans prénoms. Ainsi, le logiciel stabilisé et devenu performant facilitera le travail des agents et accroîtra leur rendement. En sus de l'amélioration portée au logiciel, il importe de mettre sur pied un système de gestion de base de données pour permettre un meilleur suivi des mouvements de modifications aux différents contrats.

2. Nécessité d'une base de données

Une base de données est une entité dans laquelle il est possible de stocker des données de façon structurée et avec le moins de redondance possible.

Nous suggérons qu'une base de données soit conçue avec MICROSOFT ACCESS, et qui vienne en complément de l'utilisation du logiciel métier « G-MALADIE ». L'utilisation de Microsoft ACCESS nous permettra d'exporter les données vers Microsoft EXCEL.

Les informations qui doivent ressortir dans la base de données seront pour chaque Souscripteur, le nom de l'assuré avec ses bénéficiaires s'il y a lieu, son numéro matricule, sa date de naissance, le taux de couverture, la territorialité, le montant de la prime nette annuelle, la date d'entrée au contrat, l'état de la garantie (assuré couvert ou suspendu), la nature de la maladie, les différentes prestations détaillées (au lieu des analyses, il faut enregistrer les différents examens). Cette base de données fera cas aussi des différents mouvements effectués sur un contrat. En effet, il s'agit des différentes modifications faites à la demande du souscripteur. Ce sont essentiellement, les demandes d'incorporations, les demandes de retrait, les modifications de couverture, les demandes de remboursement numérotées par ordre d'arrivée, l'état des demandes de remboursements, l'état des demandes de retrait, l'état des demandes d'incorporation. En outre, cette base de données doit être à même de donner les informations relatives au contrat en ce qui concerne l'échéance, c'est-à-dire ressortir les échéances de toutes les polices.

Un avis d'échéance et les sinistralités doivent être impérativement envoyés aux souscripteurs au plus tard 4 mois avant l'échéance. Ceci permettra de renouveler les contrats dans le délai en conformité avec **l'article 13 (nouveau) du Code CIMA.**

La manière avec laquelle est organisée une société d'assurances peut, aider à prévenir les fraudes et améliorer son résultat. Il s'agit de mettre en place une véritable pratique que nous verrons dans la suite de ce travail.

V. Aspect organisationnel

Il s'agit de voir sinon d'étudier les différentes pratiques que l'entreprise doit mettre en œuvre pour atteindre un haut niveau de performance.

Nous n'avons pas l'ambition d'entrer dans des théories mais disons simplement qu'étant donné que la SAFAR Assurances voit son portefeuille maladie s'accroître d'année en année, elle doit miser sur une bonne gestion organisationnelle pour palier aux éventuelles conséquences susceptibles de freiner sa course.

Il faut préciser que notre objectif est d'arriver à réduire les dysfonctionnements et d'exploiter les performances cachées.

A. Définition des risques organisationnels

Nous entendons par risques organisationnels, des menaces ou des difficultés qui peuvent survenir à tout moment, ou du moins à des moments où l'on s'y attend le moins, pouvant compromettre l'équilibre stratégique de l'entreprise. Ces difficultés peuvent paralyser l'entreprise et, par conséquent, le rendement se trouverait réduit.

Ces difficultés proviennent généralement de deux principales sources : internes et externes.

Concernant les risques internes, il y a principalement les risques liés à l'information de gestion. En effet, cette information présente un risque car certains éléments qui conditionnent la prise de décision ne sont pas disponibles (les assurés ou bénéficiaires qui ont fait l'objet d'incorporation). En réalité, la liste des assurés incorporés n'est pas mise à jour. Lorsque le gestionnaire exclut certains patients qui ne figurent pas dans sa base de données, cela pose des problèmes à la fin. En général, les assurés vont voir la direction générale ou les autres responsables pour des problèmes d'exclusion.

Les risques externes, même s'ils existent, sont moins apparents mais peuvent à la longue compromettre la bonne croissance du portefeuille maladie. Il faut un travail de qualité à tous les niveaux de la chaîne, une implication de tous les acteurs. Ce faisant, nous préconisons les pratiques telles qu'organisationnelles.

B. Pratiques organisationnelles

Il s'agira de mettre en œuvre des pratiques qui puissent conduire à palier aux conséquences malheureuses des risques organisationnels.

1. Pratiques de soutien

Elles reposent sur deux principes : l'élaboration d'une stratégie de gestion des ressources humaines (moyens humains) et la gestion des ressources informationnelles.

La stratégie de gestion des ressources humaines doit permettre de gérer l'information et les relations avec le personnel. Il consistera à trouver des ressources humaines de qualité dans le cadre du renforcement du personnel en vue de mettre en place une politique adéquate. Cette gestion des ressources humaines verra son véritable sens dans la mise en place d'une politique visant la continuité. Pour cela, le cadre ou le gestionnaire technique doit être formé afin d'être polyvalent. Ce qui donnerait des avantages considérables : les congés pourront être pris pleinement au meilleur moment par tout gestionnaire concerné ; les absences justifiées seront sans conséquences néfastes sur le fonctionnement.

La gestion des ressources informationnelles consiste fondamentalement en la gestion des dossiers. Un dossier bien tenu est une réponse à toutes les questions susceptibles d'être posées. C'est un outil d'une importance capitale car il assure la traçabilité, la sauvegarde de l'information.

Il est important de savoir que quelques soient les problèmes liés à l'utilisation de G-MALADIE, on peut, en reconstituant de manière permanente l'information dans les dossiers, les contourner. En d'autres termes, limiter les risques informatiques. Avec un peu d'organisation (par exemple, en utilisant une petite base de données), le gestionnaire technique pourra catégoriser son contenu (contrat maladie ; conventions spéciales, clauses du contrat, etc.) de telle sorte que l'information lui sera aisément accessible, par la suite, via l'utilisation de critères de recherche significatifs.

Les informaticiens en charge de la conception du logiciel doivent eux aussi être formés sur les outils utiles à une meilleure conception du logiciel adapté aux besoins de gestion efficace du portefeuille d'assurance Maladie.

2. Harmonisation des méthodes de travail

On parle d'harmonisation quand il y a entente, syntonie, concordance. Il est important que les méthodes de travail soient connues des deux parties qui travaillent en collaboration de sorte à pouvoir mieux les harmoniser. Nous proposons donc qu'il y ait des séances de travail avec les intermédiaires (agences, courtiers, apporteurs libres) pour que leurs méthodes de travail soient connues par l'assureur et vice-versa. Puis à l'issue, il faut que chaque partie énumère les difficultés rencontrées dans la

collaboration avec l'autre et exprime par la suite ce qu'elle attend de l'autre. Le but est d'impliquer tous les réseaux de distribution et d'harmoniser les pratiques de gestion, de discuter des problèmes et de leurs impacts dans la gestion technique du portefeuille maladie, assurer la formation des intermédiaires à mieux expliquer les avantages des produits commercialisés par la SAFAR aux suspects ou prospects.

Par ailleurs, après que chaque partie ait analysé les informations qu'elle aura obtenues de ces séances de travail, les deux auront une autre séance de travail qui sera spécifique à l'harmonisation du travail pour un meilleur rendement.

3. Nécessité de l'intervention du médecin-conseil dans la gestion

Il est important de faire intervenir un médecin qui aura pour mission d'étudier les remboursements pour les contrats gérés au siège, faire des observations relatives aux informations figurant sur les fiches, faire des analyses sur les remboursements effectués par des gestionnaires sur la base des pièces reçues.

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.

C. Mieux satisfaire les assurés

1. Comment s'y prendre pour mieux satisfaire ses assurés ?

Pour mieux satisfaire ses assurés, il faut leur donner la chance d'exprimer leurs plaintes et opinions sur la qualité de service qui leur est rendu. L'opinion des assurés est une information précieuse pour une compagnie, car en étudiant attentivement les plaintes et les commentaires reçus, il est plus facile d'améliorer les services. Plus l'entreprise reste à l'écoute de la clientèle, mieux elle répond à ses préoccupations. L'objectif est de considérer le client non pas comme un simple consommateur mais comme « un Roi ». Il s'agit donc de mettre en œuvre un mécanisme d'écoute client pour avoir une meilleure vision de leurs besoins et attentes.

Par ailleurs, il est également conseillé d'évaluer régulièrement le niveau de satisfaction du client en vue de déceler au plus tôt les opportunités et éventuelles menaces.

2. Enquête de Satisfaction

L'enquête de satisfaction s'inscrit dans la logique d'amélioration continue. Elle permet d'écouter le client et d'estimer son niveau de satisfaction. Ecouter le client, c'est identifier ses besoins et attentes tout en les transcrivant en exigences pour l'entreprise, les exécuter en vue de mesurer leur niveau de satisfaction. Pour mener à bien cette enquête, il faut définir la cible à interroger, établir un questionnaire.

Pour recueillir ces données, la compagnie peut faire des entretiens en face à face, téléphoniques ou via internet.

Les résultats de cette enquête nous permettront de définir de nouvelles orientations en vue d'améliorer le taux de fidélisation de la clientèle, de sensibiliser le personnel aux attentes clients, de servir de référentiel aux indicateurs de performance, mais aussi et surtout de compléter les exigences clients.

3. Initiation du bulletin d'observations

Cette fiche sera à remplir par les assurés pour relever d'une part les insatisfactions observées, d'autre part les points de satisfactions pendant une période donnée. Elle comprendra des questions posées aux assurés dans le but d'apprécier la qualité des prestations effectuées. Cette fiche sera aussi transmise aux intermédiaires car ceux-ci sont toujours en contact avec leurs assurés et connaissent mieux leurs besoins. Cela se fera semestriellement de manière à limiter les coûts. Ainsi, l'on pourra relever les réponses fréquentes en vue de trouver une solution car il peut avoir des cas exceptionnels. En outre, il faudra également prévoir des boîtes à suggestions ce qui est moins couteux que l'enquête.

Pour permettre une véritable application de ces stratégies de gestion, il est impératif de créer une division autonome des statistiques et de surveillance du portefeuille. Elle jouera un rôle de premier plan dans la réduction du déficit caractérisé en assurance Maladie.

VI. Création d'une division de statistique et de surveillance du portefeuille

Pour permettre à la SAFAR de mener à bien sa politique de gestion du portefeuille et d'améliorer ses résultats, il y a lieu de mettre en place une division de statistique et de surveillance du portefeuille.

A. Raison d'être d'une division des études statistiques

La surveillance du portefeuille s'inscrit dans le cadre d'une gestion rigoureuse des risques afin d'accroître la rentabilité de l'entreprise d'assurance. Une division des statistiques aidera la SAFAR à déceler les opportunités et les menaces en temps réel, à vérifier si l'ensemble des opérations de la société respecte les normes ou procédures imposées par la loi et la Direction Générale. Elle doit aussi suggérer toute mesure de nature à simplifier la gestion de la société ; à améliorer les résultats ; à mener des études approfondies sur les statistiques des remboursements effectués, sur l'ajustement des tarifs maladie, sur la rentabilité du portefeuille maladie et sur le suivi individuel des assurés tant sur leur consommation que sur leur opinion relative aux services qui leur sont rendus par la SAFAR Assurances.

A qui sera rattaché ce responsable dont le domaine d'action est assez vaste ?

B. Rattachement hiérarchique

Il s'agit d'un organe qui doit dépendre ou être rattaché à la direction générale (ou du moins à la direction technique) et indépendant des autres organes de l'entreprise. Il n'y a une véritable surveillance de portefeuille qu'avec l'objectivité que confère l'indépendance d'action et une indépendance d'esprit. Il ne doit pas avoir des liens de subordination avec les autres fonctions de la société. Ce rattachement à la direction générale ou technique permettra à ce responsable d'avoir une relative indépendance pour exercer au mieux son travail.

1. Profil du responsable de la division

La surveillance du portefeuille est un service transversal, faisant appel à plusieurs départements (production, sinistres, informatique et comptabilité), ce qui veut dire que le responsable doit avoir une connaissance très poussée dans le domaine des assurances et Réassurances. Il doit être à même de construire un modèle statistique et d'analyser

toutes les situations qui pourraient se présenter à lui afin de donner une réponse rapide à un problème constituant un blocage au bon fonctionnement des activités.

En outre, ce dernier doit avoir des notions de comptabilité et avoir une expérience professionnelle en production ou en sinistre. Ceci permettra au responsable d'impulser un dynamisme réel à ce service en vue de sa contribution à la rentabilité de la compagnie.

2. Eléments utiles pour la surveillance du portefeuille

La mise en place de ces critères doit permettre de tester les contrats ou affaires les plus sinistrés en vue de les mettre sous surveillance. Ces critères sont établis sur les statistiques passées de la compagnie et sont fonction des catégories ou secteurs d'activité. Par exemple en assurance Maladie, le ratio S/P doit être au plus à 66% sur 12 mois.

Le responsable de la division doit utiliser les éléments mentionnés au chapitre II **(IV-B : Outils utiles à l'étude technique de la consommation)** comme son cheval de bataille pour expliquer tout refus de remboursement à un assuré ou souscripteur.

3. Objectifs assignés

On distingue les objectifs généraux et spécifiques.

- **Objectifs généraux**

Il doit permettre à la société :

- ✓ d'accroître ses profits tout en débarrassant son portefeuille des risques anormaux. D'où un objectif d'assainissement ;
- ✓ par ses analyses, de montrer les branches et intermédiaires les plus rentables ainsi que les plus sinistrés, ceci dans un souci de prise de décisions pour remédier aux insuffisances ;
- ✓ de proposer des stratégies en vue d'exploiter d'autres produits qui pourraient être bons pour l'entreprise ;
- ✓ d'attirer l'attention de tous quant au bien fondé de la surveillance à travers la sensibilisation des membres des départements et services ;
- ✓ de faire l'état de tous les contrats les plus sinistrés du portefeuille.

☛ **Objectifs spécifiques**

Ils sont purement d'ordres techniques et doivent concerner la production et les sinistres. Ainsi, il doit :

- ✓ être en mesure d'évaluer la politique de souscription dans sa globalité et faire des propositions, s'il y a lieu. Par exemple proposer une « police d'accompagnement » à l'assurance Maladie.
- ✓ veiller sur la sélection des risques en demandant aux producteurs d'exiger des questionnaires propositions avant de coter toute affaire de sorte à permettre une collecte de données sur le risque concerné ;
- ✓ faire des propositions sur les différents traités de réassurance, à la direction technique ;
- ✓ s'assurer que les renouvellements sont faits dans les délais et les conditions y afférentes telles par exemple la régularisation de la prime comme le prévoit le contrat ;
- ✓ s'assurer que les contrats qui sont arrivés à échéance ont été renouvelés. Mais avant cela il doit veiller à ce que les avis d'échéances soient envoyés aux assurés 45 jours au moins avant l'échéance de leurs contrats, ce qui leur permettra de renouveler le contrat à temps. De même il doit s'assurer que les contrats qui n'ont pas été renouvelés sont résiliés ou en cours de négociation commerciale.
- ✓ faire l'état des contrats résiliés avec les motifs et l'état des affaires nouvelles par apporteur. Ce qui servira à faire une comparaison entre les affaires perdues et les affaires nouvelles. En cas de sortie massive d'affaires, il doit chercher les origines afin de proposer des solutions concrètes ;
- ✓ en collaboration si possible avec le service commercial, élaborer des stratégies de fidélisation des clients déjà en portefeuille ;
- ✓ évaluer la politique de règlement des sinistres afin de proposer des mesures pour accélérer les règlements ;
- ✓ évaluer soit mensuellement, soit trimestriellement la sinistralité des intermédiaires et des souscripteurs afin d'alerter la hiérarchie en cas d'anomalies constatées. Ces ratios doivent être de vrais tableaux de bord qui vont servir aux services compétents à la prise des décisions.
- ✓ établir les statistiques par acte médical, par prestataires, par souscripteur ou assuré, soit mensuellement, soit trimestriellement ;

4. Rédaction d'une procédure claire de surveillance

L'élaboration d'une procédure de surveillance du portefeuille nécessite des étapes importantes telles que la recommandation du responsable de la division de surveillance, la décision de la direction générale, l'application de la décision définitive et le contrôle du retour de l'accusé réception et les pièces afférentes, s'il y a lieu, pour une éventuelle modification.

RECOMMANDATIONS

Au cours de notre stage à la SAFAR Assurances, nous avons constaté que l'environnement du travail est sain et très propice à l'imprégnation dans le monde professionnel. La bonne volonté du personnel de la SAFAR à s'ouvrir à nous n'est plus à démontrer. Ce stage nous a permis non seulement de mettre en pratique la théorie mais aussi de maîtriser certaines pratiques et procédures d'exécution des tâches.
Toutefois, afin de faciliter les flux d'informations, d'améliorer la rentabilité des produits de la SAFAR et la politique de gestion de son portefeuille, il conviendrait de prendre les dispositions suivantes :

Au niveau du Département Sinistres et Contentieux

- ✓ faire analyser les médicaments ou actes biologiques, prescrits par les prestataires (cliniques), par le médecin-conseil de la SAFAR avant de rembourser. Nous avons constaté que certains produits ou analyses ne devraient pas être prescrits car ils n'ont pas de lien avec l'affection. La compagnie peut aussi associer au médecin-conseil, un professionnel de santé à même de faire des analyses réalistes des ordonnances ;
- ✓ exiger aux assurés de porter la nature de leur maladie au verso des fiches de déclaration conformément à la recommandation faite en la matière ;
- ✓ exiger aux assurés et/ou prestataires de joindre aux factures les vignettes des produits non injectables afin de s'assurer que réellement ces produits ont été consommés ;
- ✓ mettre des dispositifs en place de sorte que les constats d'accident de circulation de la voie publique soient objectifs ;
- ✓ Se doter d'une mercuriale de prix des pièces détachées des véhicules ou signer des conventions avec certains garages de la place. Il est inadmissible que les mêmes pièces des véhicules de mêmes caractéristiques aient des prix différents.

Au niveau de la Direction technique

- ✓ proposer aux souscripteurs « des contrats d'appui ou d'accompagnement » au contrat maladie en vue de compenser la perte.
- ✓ développer un module à partir du logiciel G-MALADIE ou créer une base de données qui permet d'enregistrer les actes médicaux par nature de maladie ou

croiser plusieurs variables dans un même tableau. Exemple : en analyse, on doit enregistrer, par patient, les différents examens GE, ASLO, AGHBS, WIDAL pour ne citer que ceux-là afin de s'assurer qu'ils ne font pas l'objet d'un bilan de santé.

Au niveau de la Direction générale

Il serait souhaitable de mettre en place une division autonome de surveillance du portefeuille et de statistique dont la mission consisterait à mettre en synergie l'ensemble des décisions liées à la gestion des risques, définir les seuils de rentabilité, analyser la sinistralité par contrat et point de vente et contribuer à l'amélioration de ses résultats.

CONCLUSION

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.

Nous remarquons que le portefeuille d'assurance Maladie de la SAFAR a connu une évolution favorable depuis quelques années. Entre 2010 et 2013, le chiffre d'affaires de la branche a augmenté de 241,00% avec un taux de croissance annuelle moyen de 36,00%. Mais le diagnostic de l'état actuel de sa gestion montre qu'il y a encore du chemin à faire pour le rendre sain. C'est pourquoi, l'élaboration d'une stratégie de gestion du portefeuille d'assurance Maladie a été l'objet de notre réflexion. L'efficacité de ces stratégies de gestion dépendra du respect d'un certain nombre de conditions et du suivi de la procédure élaborée.

De nos analyses, il ressort que le déficit constaté sur les contrats d'assurance Maladie est dû à un manque de stratégies de suivi des consommations des assurés et la fraude caractérisée observée chez les officines ou prestataires (cliniques),ce qui nous semblent évitable grâce à la mise en place d'une division de statistique et à la création d'une base de données pour remédier à la défaillance du G-MALADIE. Nous avons constaté que les analyses sont prescrites de manière abusive, les frais pharmaceutiques sont exorbitants. La négociation sur les prix de certains actes s'avère nécessaire.

Depuis quelques années, la politique du chef de l'Etat Tchadien vise à faire de son pays, un hub des TIC en Afrique par la création du Centre Africain des Technologies et de l'information (CATI), ce qui favorisera le climat des affaires. De ce fait, que doit faire la SAFAR pour profiter de ces opportunités et devenir le leader sur le marché tchadien d'assurances ?

BIBLIOGRAPHIE

A. Code

Code des assurances de la CIMA, 9ème Edition.

B. ouvrages et articles

1. ALLOUCHE J., SCHMIDT G., Les outils de la décision stratégique, La découverte, collection « repères », Paris, 1995 ;
2. CONSEIL D'ORGANISATION ET SYSTEME D'INFORMATION, Surveillance du portefeuille, (2014) ;
3. COUILBAULT F., ELIASHBERG C., et LATRASSE M., Les grands principes de l'assurance, Argus de l'Assurance, 5ème édition, Paris, 2004 ;
4. Rapport de l'ECOSIT 3, INSEED, Tchad, 2011 ;
5. YEATMAN Jérôme, Manuel International de l'Assurance, Edition ECONOMICA , Paris, 1998 ;
6. ZADI KESSI M., Culture Africaine et gestion de l'entreprise moderne, Editions CEDA, Paris, 1998 ;

C. Cours, mémoires et rapport de stage

1. DIOUF OUSMANE, Rapport de stage, Stratégies de gestion du portefeuille d'assurance Automobile à la NSIA SENEGAL , 2008 ;
2. KOHOU GUEABLE Fabrice Hermann, Mémoire, Mise en place d'une politique efficace de surveillance du portefeuille : cas de la COLINA Côte d'Ivoire, DESS-A, 18ème promotion, 2012 ;
3. KONGNE Noëlle, cours, Introduction au management des organisations, (2014) ;
4. KOGUIA J. cours, Assurances des Risques Divers, 2013 ;
5. OKOU Gerad Mathieu N'KATTA, mémoire, Quelles politiques en vue d'amélioration de la gestion du portefeuille d'assurance maladie : cas de GNA Assurances ; 2008 ;
6. SOUHOUNDAMADJI M., rapport de stage, la problématique de la gestion de l'assurance maladie dans une société d'assurances : cas de la SAFAR au TCHAD, 2008

D. WEBOGRAPHIE

1. www.cimaliance.com;
2. www.cmu.fr.

ANNEXES

Tableau 7 : Clause d'ajustement

Rapport sinistre à prime	Pourcentage d'ajustement
de 0 à 50 %	Réduction de 15 %
de 51 à 55 %	Réduction de 5 %
de 56 à 63 %	Stable
de 64 à 70 %	Majoration de 10 %
de 71 à 85 %	Majoration de 25 %
de 86 à 100 %	Majoration de 35 %
de 101 à 120 %	Majoration de 50 %
de 121 à 140 %	Majoration de 75 %
de 141 à 155 %	Majoration de 100 %
de 156 à 180%	Majoration de 120%
de 181 à 200%	Majoration de 140%
de 201 à 220%	Majoration de 160%
De 221 à 250%	Majoration de 200%
de 251 et plus	Majoration de 250%

Tableau 8: Facture transmise par la Clinique EMI-KOUSSI pour un assuré

	07/05/2014		
Ablaye N.	1	Consultation	4 000
	2	NFS	5 000
	3	GE	3 000
	4	Widal	8 000
	5	Combi	9 000
	6	CBU	4 000
	7	SR	10 000
	8	VDM	8 000
	9	TPHA	8 000
	10	AgHBS	10 000
	11	TGO	10 000
	12	TGP	10 000
	13	Rx Poumon	10 000
	14	Acide urique	6 000
	15	ASLO	10 000
	16	Arh.	8 000
	17	Soins d'urgence	15 000
	18	Serum glucosé(3)	6 000
	19	Quinines(6)	9 000
	20	Vit.B complete(6)	6 000
	21	Cathater(3)	3 000
	22	1/2 observation(3)	30 000
	23	Dipro(6)	12 000
	24	Perfalgran(3)	10 500
	25	Ceftrazone (16)	64 000
	26	Genta (10)	20 000
	27	Seringues(30)	6 000
	28	Soins	10 000
Total			314 500

Tableau 9: Prestations faites à un même assuré le 02/05/2014 et le 23/05/2014 par le cabinet EMI-KOUSSI

	02/05/2014			23/05/2014		
	Nb	Actes	Montant	Nb	Actes	Montant
Gilbert D.	1	Consultation	4 000	1	Consultation	4 000
	2	Glycémie	5 000	2	soins d'urgence	15 000
	3	NFS	5 000	3	NFS	5 000
	4	GE	3 000	4	GE	3 000
	5	Widal	8 000	5	Widal	8 000
	6	Combiq	9 000	6	Combiq	9 000
	7	CBU	4 000	7	CBU	4 000
	8	Selles	3 000	8	TGO	10 000
	9	SR	10 000	9	TGP	10 000
	10	TGO	10 000	10	Azotémie	6 000
	11	TGP	10 000	11	Créatinine	6 000
	12	VDM	8 000	12	Glycémie	5 000
	13	TPHA	8 000	13	Rx Poumon	10 000
	14	AgHBS	10 000	14	Hémoglobine	5 000
	15	Rx Cœur	10 000	15	AgHBS	10 000
	16	Echographie	10 000	16	S.glucosé(3)	6 000
	17	Arh.	8 000	17	Vit. B Complete	6 000
	18	ASLO	10 000	18	Quinines(6)	9 000
	19	Acide urique	6 000	19	Cathater(3)	3 000
	20	soins d'urgence	15 000	20	Perfalgran(3)	10 500
	21	S.Glucosé(5)	10 000	21	An(10)	20 000
	22	Bloxen	9 000	22	Ceftrazone(18)	72 000
	23	Amnophi.(10)	25 000	23	Genta(10)	20 000
	24	Ceftrazone(16)	64 000	24	Seringues(35)	17 500
	25	1/2 observat.(5)	50 000	25	Soins	10 000
	26	Perfalg(6)	21 000	26	1/2 observation(5)	50 000
	27	Cathater (3)	3 000	27	Dipron(6)	12 000
	28	Seringues(35)	17 500			
	29	Soins	10 000			
	30	Genta.(10)	20 000			

LISTE DES MEDICAMENTS EXCLUS

1°) - Alcool

2°) - Teinture d'iode

3°) - Ether

4°)- Sérum physiologique

5°) - Fortifiant

6°) - Huile de Paraf

7°) - Vicks

8°) - Pastilles

9°) - Tampons antibiotique

10°) - Sucre de régime

11°) - Mercurochrome

12°) - Eau oxygénée

13°) - Eosine aqueuse

14°) - Tricostéril

15°) - Déparasitant

16°) - Poudre Paps

17°) - Vaxigrip

18°) - Sparadrap

19°) - Coton et compresses

20°) - Savon

21°) - Tout produit contraceptif ou préventif.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES iii
LISTE DES TABLEAUX iv
LISTE DES GRAPHIQUES iv
RESUME v
ABSTRACT vii
SOMMAIRE ix
AVANT-PROPOS x
INTRODUCTION GENERALE 1
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA SAFAR ASSURNACES ET DEROULEMENT DE STAGE
CHAPITRE I. PRESENTATION DE LA SAFAR ASSURANCES 3
I.Historique 4
II.Organisation 5
A. Organigramme 5
B. Fonctionnement 6
1. Assemblée Générale (AG) 6
2. Le Conseil d'Administration 6
3. La Direction générale 7
III.Activités de la SAFAR 9
A. Evolution du chiffre d'affaire (CA) et des charges de sinistres de la SAFAR entre 2010 et 2013 9
B. Evolution du chiffre d'affaires et des charges de sinistres maladie entre 2010 et 2013 10
IV. Produits 11
A. Assurances obligatoires 11
B. Assurances facultatives 11
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE 12
I.Programme de stage 13
II.Tâches effectuées 13
A. Département Production et Commercial 13
B. Département Administratif et Financier 14
C. Département Sinistres et Contentieux 14
III.Difficultés rencontrées 14
DEUXIEME PARTIE : STRATEGIES DE GESTION DU PORTEFEUILLE D'ASSURANCE MALADIE : ASPECTS TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL
CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE 15
I.Bases théoriques de l'opération d'assurance 16
A. Différences 16
B. Objet du contrat d'assurance Maladie 17

C. Forme des contrats en assurance Maladie 18
D. Tarification des contrats d'assurance Maladie à la SAFAR Assurances 18
II.Intérêt d'une assurance Maladie 19
A. Assurance Maladie : un produit d'appel 19
B. Assurance Maladie : une sécurité pour l'assuré 19
III.Différents systèmes de gestion en assurance Maladie 20
A. Système classique 20
B. Système tiers payant 20
CHAPITRE II - STRATEGIES DE GESTION DU PORTEFEUILLE D'ASSURANCE MALADIE A LA SAFAR ASSURANCES 22
I.Processus d'émission d'une police d'assurance maladie à la SAFAR 23
A. Demande de cotation 23
B. Souscription des contrats 23
1. Directives de souscription prévue 23
2. Différentes modifications 24
C. Remboursement des sinistres Maladie 24
1. Prestations maladie 24
2. Analyse, traitement et remboursement des frais 25
D. Mandat de gestion 25
E. Saisie des contrats dans le logiciel interne 26
II.Problèmes liés à la gestion du portefeuille d'assurance Maladie 26
A. Problèmes internes 26
B. Problèmes externes 26
C. Système d'information 27
III.Politique actuelle de la SAFAR à mieux gérer les dysfonctionnements 27
IV.Aspect technique 28
A. Etude des risques et définition de tarifs réalistes 28
B. Suivi du portefeuille : Les outils utiles à l'étude technique de la consommation . 28
1. Analyse technique : le rapport sinistre à prime 28
2. Statistiques par acte médical 29
3. Surveillance de la consommation médicale des assurés 31
4. Analyse par pathologies 31
5. Utilisation des indicateurs de performance 32
6. Etudes de modélisation 33
C. Rendre performant le logiciel métier Interne 34
1. Amélioration du temps d'accès à l'information 34
2. Nécessité d'une base de données 34
V.Aspect organisationnel 36

A. Définition des risques organisationnels 36
B. Pratiques organisationnelles 36
1. Pratiques de soutien 37
2. Harmonisation des méthodes de travail 37
3. Nécessité de l'intervention du médecin-conseil dans la gestion 38
C. Mieux satisfaire les assurés 38
1. Comment s'y prendre pour mieux satisfaire ses assurés ? 38
2. Enquête de Satisfaction 39
3. Initiation du bulletin de critiques 39
VI. Création d'une division des statistiques et de surveillance du portefeuille 40
A. Raison d'être d'une division des études statistiques 40
B. Rattachement hiérarchique 40
1. Profil du responsable de la division 40
2. Eléments utiles pour la surveillance du portefeuille 41
3. Objectifs assignés 41
4. Rédaction d'une procédure claire de surveillance 43
RECOMMANDATIONS 44
CONCLUSION 46
BIBLIOGRAPHIE 47
ANNEXES 48
TABLE DES MATIERES 51