

ASSEMBLEE GENERALE FANAF 2008

**THEME : LA PREVENTION DES RISQUES EN
ASSURANCES DE PERSONNES EN AFRIQUE**

Professeur ANGOH Yapo Jean-Jacques

Médecin-conseil Groupe NSIA : Assurances & Banque

INTRODUCTION

La prévention des risques en assurances de personne en Afrique pose le délicat problème de la justesse de la transposition des systèmes de gestion des produits d'assurances de personnes de l'Europe en Afrique

L'Afrique n'est-elle pas le continent du sous-développement avec des populations pauvres, malnutries, analphabètes et victimes de nombreuses pathologies dont les grandes endémies telles la fièvre jaune, le paludisme et maintenant le SIDA ?

Le continent des infrastructures sanitaires quasi inexistantes, à forte démographie, au taux de mortalité élevé, une espérance de vie faible et un revenu par tête d'habitant très bas ?

Enfin, n'est-elle pas le continent au lendemain incertain, où règne une grande instabilité sociopolitique avec fréquemment des crises et conflits armés ?

Dans cet imbroglio, comment faire la prévention des risques en assurances de personnes en Afrique?

La prévention des risques en assurances de personnes dépend de deux (2) groupes de facteurs exogènes et endogènes à l'entreprise d'assurance.

Notre intervention se limitera à diverses actions que nous menons pour minimiser les facteurs endogènes ; les facteurs exogènes étant complexes et nécessitant des moyens pas toujours à notre portée.

I- LES ASSURANCES DE PERSONNES

A- DEFINITION

Les assurances de personnes ou assurances de capitaux ont pour objet le versement de prestations forfaitaires en cas d'évènements affectant la personne même de l'assuré.

C'est l'intégrité physique de l'assuré qui est prise en considération : il est protégé contre les risques qui le menacent dans son existence, son intégrité, sa santé ou sa vigueur (vie, mort, accident, maladie, invalidité).

Qui d'autre, plus qu'un expert en santé, c'est-à-dire un médecin pourrait mieux apprécier les risques ci-dessus énumérés et donc en faire une prévention ?

C'est pourquoi, les assureurs font appel à un médecin-conseil, médecin expert pour aider à la gestion de ces risques.

B- CLASSIFICATION DES RISQUES EN ASSURANCES DE PERSONNES

Les assurances de personnes peuvent être regroupées en deux (2) catégories :

- 1- l'assurance santé ou assurance maladie
- 2- l'assurance vie (décès, prévoyance, retraite, invalidité, accidents, etc.)

II PREVENTION DES RISQUES EN ASSURANCE-VIE

A. PRODUITS D'ASSURANCE VIE

L'assurance vie joue plusieurs fonctions et peut se présenter sous la forme de prévoyance, d'épargne ou de soutien au crédit ; on peut citer :

♣ L'assurance-vie et prévoyance

Le décès de l'assuré entraîne le versement du capital prévu au contrat à un bénéficiaire.

♣ L'assurance-vie et épargne

L'assurance prend la forme d'une épargne que l'assureur fait fructifier et reverse à l'assuré sous la forme d'un capital ou d'une rente à la fin du contrat si l'assuré est en vie.

♣ L'assurance-vie et crédit

L'assurance contribue au développement du crédit car les banques et les sociétés de financement acceptent plus facilement d'accorder des prêts quand elles savent que l'emprunteur possède une garantie en cas de décès ou d'invalidité.

L'assureur se substitue à l'emprunteur décédé ou invalide pour rembourser le crédit.

♣ L'assurance-vie et retraite

L'assurance permet de combler les insuffisances des pensions de base par des prestations complémentaires du retraité qui voit son niveau de vie baisser avec le montant des retraites de base.

Il existe d'autres produits d'assurance vie, et de nouveaux produits sont régulièrement créés.

.....B.DECLARATION DES RISQUES

L'assuré doit remplir une proposition et un questionnaire médical.

Dans ce questionnaire, il lui est demandé son poids, sa taille, ses maladies passées et présentes, ses infirmités, ses antécédents familiaux, ses activités professionnelles et privées.

Au vu de ce questionnaire et en fonction du montant du capital demandé, l'assureur peut exiger que l'assuré se soumette à un examen médical qui sera effectué par le médecin-conseil.

Le médecin adresse alors à l'assureur un rapport confidentiel à la suite duquel celui-ci prend sa décision (acceptation de la garantie avec ou sans condition ou refus).

C. APPROCHE TECHNIQUE DU PRODUIT VIE

Le contrat d'assurance décès est un contrat aléatoire parce que l'assureur ne paie le capital assuré que si, dans le délai imparti, survient l'évènement qui fait l'objet du contrat, c'est-à-dire le décès de l'assuré.

L'assuré, en contrepartie, verse une prime qui doit correspondre à sa réelle probabilité de décès ; la prime étant déterminée grâce à des tables de mortalité pré-établies selon des normes européennes, même si des efforts d'adaptation ont cours en Afrique.

Ces tables sont-elles réellement adaptées à l'Afrique ? La prime versée est-elle suffisante ou insuffisante ou trop élevée ? Lorsqu'on sait déjà que l'assurance est un produit de luxe pour l'Afrique où le revenu par tête d'habitant est faible et où l'espérance de vie est courte. Comment faire pour augmenter le nombre de clients et contrôler la sinistralité ?

En d'autres termes, comment prévenir les risques en assurance de personne en Afrique ?

Certaines pathologies peuvent accroître le risque de mortalité attendue. C'est pourquoi la gestion du contrat en assurance de personne devrait reposer sur la sélection des risques par le médecin-conseil.

Le médecin va sélectionner les risques par l'analyse de l'état de santé du client.

D. ETAPES DE LA SELECTION DES RISQUES

Il est indispensable, pour le médecin, de respecter la démarche ci-après :

- ◆ Prendre connaissance du contenu des différents contrats d'assurance vie ;
- ◆ Examiner les fiches d'adhésion ;
- ◆ Envisager la nécessité ou non d'un examen clinique ;
- ◆ Prescrire ou non un bilan complémentaire plus ou moins approfondi, en fonction du capital assuré et de la durée du contrat ;
- ◆ Donner l'avis médical après identification du risque :

Si le risque examiné paraît minime, selon le médecin, et c'est une grande responsabilité, la prime est fixée par application du tarif standard en fonction de l'âge de l'assuré et du capital assuré.

En revanche, si le risque paraît élevé, le médecin peut refuser purement et simplement ou apprécier la surmortalité résultant de certaines pathologies ou d'autres facteurs et proposer une surprime. Dans ce cas, l'assureur peut accepter ce risque aggravé en vieillissant l'âge de référence de l'assuré sur la table de mortalité.

Remarque

Il faut noter que la visite médicale est commercialement mal accueillie par certains assurés, notamment au chapitre du bilan complémentaire pour deux raisons :

- ◆ la première, c'est que certains examens du bilan rebutent plus d'un client (par exemple le test de SIDA)
- ◆ la deuxième raison, c'est la prise en charge des frais du bilan complémentaire par l'assuré. Toutefois, ce dernier obstacle pourrait être levé si l'on réussit à insérer les frais d'examen complémentaires au tarif communiqué au client.

Dans les propositions adressées au client, il faut l'informer de l'éventualité de demande d'examen spécifique (test de dépistage du VIH/SIDA) et bien lui expliquer qu'il s'agit de condition particulière dès que le capital assuré atteint ou

dépasse un certain montant. Cela évite au client une surprise désagréable qui peut se traduire par un refus catégorique du contrat au cabinet du médecin-conseil, pensant à une décision unilatérale de ce dernier.

Le médecin-conseil doit être particulièrement vigilant aux différentes étapes de la sélection des risques pour espérer diminuer la sinistralité.

E. GESTION DES SINISTRES ET CONTROLE MEDICAL

Il y a sinistre en assurance vie lorsque l'assuré décède. En cas de décès, l'assureur n'a plus d'interlocuteur direct, mais plutôt des « intermédiaires », à savoir les bénéficiaires du contrat. C'est la raison pour laquelle, tout doit être fixé à l'avance, au moment de la souscription. Aucun détail ne doit être négligé dans le questionnaire proposition :

- ◆ Remplir complètement et lisiblement les lignes ;
- ◆ Répondre clairement aux questions ;
- ◆ Établir une liste précise de documents servant à traiter le dossier sinistre.

Les dossiers sinistres sont accompagnés d'une fiche technique d'inspiration médicale qui présente des annotations, entre autres d'état civil :

- Date de souscription de la police
- Date de décès de l'assuré
- Période courue
- Nature de l'affection (certificat de genre de mort)
- Une case pour l'avis médical

Après examen des documents, le médecin conseil donne son avis :

- Accord immédiat pour le règlement du dossier
- Solliciter le médecin traitant ou toute personne susceptible de lui fournir des informations complémentaires.

La survenue de sinistre en dehors du cadre réglementaire habituel constitue une difficulté majeure dans la prise de décision ; toute chose qui retarde le règlement du dossier ; et en Afrique, les décès en l'absence du corps médical ou paramédical, en dehors de structure sanitaire sont très fréquents.

Or les établissements d'assurance fleurissent et l'assurance n'est plus l'affaire de quelques privilégiés.

En Côte d'Ivoire, certains corps de travailleurs (enseignants du primaire, agents paramédicaux, agents des force de l'ordre, les transporteurs et maintenant les agriculteurs.... etc.), exerçant loin des villes, dans les campagnes les reculées, sont intéressés par les différents produits en assurances de personnes.

L'afflux de ce nouveau genre de clients est certes intéressant pour l'assureur mais nécessite de nouvelles réflexions pour la recherche de nouveaux moyens de surveillance et de prévention des risques en assurance de personnes.

III LA PREVENTION DES RISQUES EN ASSURANCE SANTE

A) Assurance Maladie

L'assurance sante concerne les maladies et les accidents non professionnels. Les maladies professionnelles et les accidents de travail sont pris en charge par les caisses de sécurité sociale.

La maladie se définit par opposition à l'accident. Ainsi, les événements qui ne correspondent pas à la définition de l'accident sont considérés comme des maladies.

Au titre du contrat santé, l'assureur rembourse tout ou partie des frais de soins supportés et présentés par l'assuré. Par contre, d'autres frais sont expressément exclus : notamment des frais occasionnés par des soins non curatifs ou des frais consécutifs à un accident de travail ou une maladie professionnelle.

Les produits santé peuvent être résumés en assurance maladie 100% ou en assurance maladie avec ticket modérateur

B) Le Contrôle en Assurance Santé

Le contrôle en assurance santé ne s'applique qu'aux sinistres. Il existe plusieurs types de sinistres qui compliquent la gestion du contrat santé et qui laissent libre cours à la fraude.

C) Classification des sinistres

Les sinistres peuvent être classés en trois groupes :

1° dossiers d'actes médicaux réalisés en externe : il s'agit de consultations et de prescriptions médicales.

2° dossiers d'hospitalisation :

- ◆ Mise en observation
- ◆ Hospitalisation d'un jour
- ◆ Hospitalisation en médecine interne

- ◆ Hospitalisation en chirurgie
- ◆ Accouchement : pathologie néonatale ; couveuse (prématuré)
- ◆ Soins intensifs

3° dossiers particuliers :

- ◆ Dialyse
- ◆ Transfusion sanguine

Le contrôle des sinistres « santé » s'effectue sur la base des factures des prestataires.

Comment apprécier les éléments de facturation ?

Ce sont des notions qui ne sont pas définies dans le livre nomenclature des actes professionnels des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes. Ainsi, chacun y va de son intérêt, de sa bonne ou mauvaise foi, étalant connaissances et méconnaissances de la chose.

Cela étant, nous allons nous intéresser particulièrement à la facturation des hospitalisations.

Elle se fait de deux (2) façons, selon qu'il s'agit d'une hospitalisation en médecine interne ou d'une hospitalisation de chirurgie.

Facture d'hospitalisation de médecine interne (Exemple d'hospitalisation de trois jours)

Les éléments à prendre en compte sont :

- ◆ Une consultation d'entrée
- ◆ Hébergement : 3 jours + taxes
- ◆ AMI : 3
- ◆ visites médecin : 2
- ◆ Pharmacie avec ou sans les consommables

◆ Examens complémentaires dont la liste dépendra de l'hypothèse diagnostique

Remarques

- nombre de jours hébergement = nombre AMI = nombre visite + 1 consultation
- notion de consommables (pharmacie) à définir
- valeur AMI à discuter

Facture d'hospitalisation de chirurgie (Exemple d'hospitalisation de 5 jours)

Les éléments à prendre en compte sont :

- ◆ Une consultation du chirurgien
- ◆ Une consultation pré-anesthésique
- ◆ K Chirurgien (KC)
- ◆ K anesthésiste (Ka) : en général 1/2 KC
- ◆ Forfait bloc : $(KC+Ka) \times 2/3$
- ◆ Pharmacie sans consommables et sans produits anesthésiques
- ◆ Hébergement 5 jours + taxes
- ◆ AMI : 5
- ◆ Aide opératoire : à discuter

Remarques

- honoraires visites = 0
- si location bloc : pharmacie + produits anesthésiques + consommables

en général, la plupart des cliniques utilisent le forfait bloc et facturent en sus les produits anesthésiques et consommables souvent par ignorance ou par habitude sans explication.

Cas particuliers

♣ Le coût des soins intensifs à Abidjan varient entre 120 000 à 130 000 FCFA/jour. Ce montant englobe :

- ♣ L'hébergement
- ♣ L'AMI
- ♣ Les honoraires du réanimateur

Par contre, il faut régler : pharmacie sans les consommables + examens complémentaires + honoraires visites de spécialistes en dehors du réanimateur.

Remarques

Il faut souligner que peu d'établissements possèdent un service de réanimation qui doit obéir à des normes, à savoir :

- lit approprié à roulettes avec sommier pliable comportant
Une prise d'O₂ mural
Un respirateur
Un scope affichant pouls, TA, ECG, rythme respiratoire
- salle aérée

En outre, il faut noter que la visite des locaux et l'examen des plateaux techniques sont indispensables avant d'accepter la collaboration, sous forme d'agrément ou de convention, avec un établissement sanitaire.

♣ la dialyse : à réaliser par les seuls spécialistes dans des services connus qu'il faut visiter obligatoirement.

♣ la transfusion de sang dit sécurisé pose un problème de responsabilité à définir lors de la souscription.

♣ la chimiothérapie et l'injection de certaines substances médicamenteuses : à respecter des seuls spécialistes reconnus.

Les sinistres à l'étranger sans information préalable de l'assureur

Le sinistre est déjà constitué et doit être remboursé. Des difficultés subsistent :

- problème de langue (document non rédigé en français) ;
- aucun moyen de contrôle des prestations effectuées.

Il faut donc penser à inclure dans le contrat une clause qui aide à aborder ce genre de problème et surtout définir une base de facturation.

1. Recherche de la Fraude

1° Le faux sinistre

Il est caractérisé par une déclaration qui n'a de trace nulle part : les documents sont fabriqués par le client avec l'aide du corps médical, paramédical (infirmiers, dentistes, pharmaciens, personnel de pharmacie, médecins, biologistes) ou tout autre faussaire.

2° Le vrai faux sinistre

Il est constitué par une déclaration avec des documents vérifiables mais qui ont été prêtés à une tierce personne (substitution de personnes, de produits pharmaceutiques).

3° Autres anomalies

- ☛ Consultations répétées chez le même médecin ;
- ☛ Hospitalisations non justifiées, séjour anormalement prolongé ;
- ☛ Nature de l'affection erronée ;
- ☛ Facturation hospitalisation : surfacturation par surdosage ;
- ☛ Ordonnances onéreuses contre des produits cosmétiques

CONCLUSION

La prévention des risques en assurance de personnes en Afrique doit s'adapter à l'environnement et au contexte socio-économique et politique pour être efficace. C'est un vaste sentier qui demande la réflexion et la participation de tous.

Nous pensons qu'avec le temps et l'expérience, cette prévention pourra se faire de manière efficiente pour réduire la sinistralité et participer à la prospérité de l'entreprise d'assurance en Afrique.

Je vous remercie