

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)

INSTITUTION SPECIALISEE AUTONOME DE LA CIMA

BP : 1575 – TEL : (237)220.71.52 – FAX (237) 220.71.51

YAOUNDE / REPUBLIQUE DU CAMEROUN



CYCLE III/ DESS A

**(Diplôme d' Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances)
XVIII PROMOTION (2006-2008)**

MEMOIRE DE FIN D' ETUDES

THEME :

***L'APPROCHE TECHNIQUE ET PRATIQUE DE LA MAITRISE DES
FRAUDES EN ASSURANCE SANTE AU SEIN D'UNE COMPAGNIE
D'ASSURANCE DE LA CIMA : CAS D'AXA ASSURANCES GABON***

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D' ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ASSURANCES

PRESENTE ET SOUTENU PAR

M. MEBIAME ASSAME Olivier

SOUS LA DIRECTION DE

Dr Patrick BIYOGHE
Responsable Département
Prévoyance Sociale et
Assistance
AXA Assurances Gabon

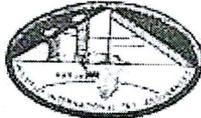
YAOUNDE, Novembre 2008

CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)



INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)

INSTITUT SPECIALISE AUTONOME DE LA CIMA
BP : 1575 – TEL : (237)220.71.52 – FAX (237) 220.71.51
YAOUNDE / REPUBLIQUE DU CAMEROUN



CYCLE III/ DESS A

(Diplôme d' Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances)
XVIII PROMOTION (2006-2008)

MEMOIRE DE FIN D' ETUDES

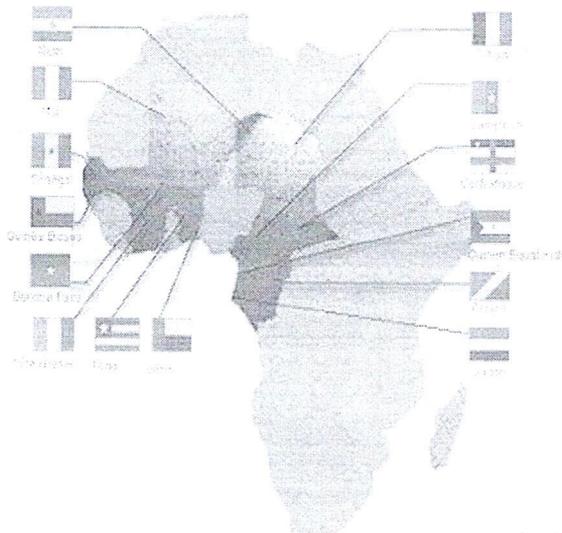
THEME :

L'APPROCHE TECHNIQUE ET PRATIQUE DE LA MAITRISE DES FRAUDES EN ASSURANCE SANTE AU SEIN D'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DE LA CIMA : CAS D'AXA ASSURANCES GABON

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D' ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN ASSURANCES

PRESENTE ET SOUTENU PAR

M. MEBIAME ASSAME Olivier



SOUS LA DIRECTION DE

Dr Patrick BIYOGHE
Responsable Département
Prévoyance Sociale et
Assistance
AXA Assurances Gabon

YAOUNDE, Novembre 2008

SOMMAIRE

Pages :

DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
AVANT PROPOS	V
INTRODUCTION.....	1
 <i>Première Partie :</i>	
MODES DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE	
SANTE ET LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE.....	4
 Chapitre 1 : <u>LES DIVERSES METHODES DE FINANCEMENT DES SOINS</u>	
<u>DE SANTE ET LES FORMES DE CONTRATS</u>	
<u>D'ASSURANCE SANTE.....</u>	
Section 1 : Les méthodes de financement des soins de santé.....	5
1/ <i>Les méthodes individuelles et collectives.....</i>	5
2/ <i>Les méthodes individuelles collectifs.....</i>	6
Section 2 : Le contrat d' Assurance maladie.....	7
1/ <i>Objet du contrat et les garanties.....</i>	7
2/ <i>Les intervenants dans les contrats d'assurances santé.....</i>	14
 Chapitre 2: <u>EXAMEN DES RESULTATS ET MANIFESTATIONS DE LA</u>	
<u>FRAUDE.....</u>	
Section 1 : Examen des résultats de la branche de 2004 à 2007.....	17
1/ <i>Evolution de la maladie et de la production dans l'ensemble du portefeuille.....</i>	17
2/ <i>Evolution des prestations et des produits financiers.....</i>	19
Section 2 : Les différents cas de fraude et le diagnostic pour AXA Assurances Gabon.....	21
1/ <i>les manifestations générales de la fraude.....</i>	21
2/ <i>Les manifestations de la fraude au niveau d' AXA Assurances Gabon.....</i>	23

Deuxième partie :

PROCESSUS DE LA MAÎTRISE DES FRAUDES ET OPTIMISATION DES TECHNIQUES DE PREVENTION ET DE PROTECTION EN ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE AXA ASSURANCE GABON.....	32
<u>Chapitre 1 : APPROCHE DE SOLUTIONS PRATIQUES, ET LES MESURES DE SURVEILLANCE.....</u>	33
<u>Section 1 : Approche pratique et médicale de la maîtrise des fraudes.....</u>	33
<i>1/ L'approche pratique relevant de la réduction des risques.....</i>	<i>33</i>
<i>2/ L'approche médicale de la maîtrise des risques de fraude.....</i>	<i>39</i>
<u>Section 2 : Approche par le contrôle des activités de production et de règlement.....</u>	42
<i>1/ Le contrôle de l'activité de production.....</i>	<i>42</i>
<i>2/ Le contrôle de l'activité de règlement des sinistres.....</i>	<i>43</i>
<u>Chapitre 2 : APPROCHE TECHNIQUE DE LA MAITRISE DES FRAUDE PAR L'INSTAURATION D'UNE MARGE DE SECURITE ET LA GESTION DES DONNEES STATISTIQUES.....</u>	45
<u>Section 1 : Instauration d'une marge de sécurité dans la prime commerciale</u>	45
<i>1/ Le calcul de la prime en assurance maladie.....</i>	<i>45</i>
<i>2/ L'instauration d'une marge de sécurité.....</i>	<i>47</i>
<u>Section 2 : La maîtrise des fraudes par la gestion des données statistiques.....</u>	49
<i>1/ L'intérêt et les conditions de création d'une base de données.....</i>	<i>50</i>
<i>2/ Les axes pour l'analyse des données statistiques recueillies.....</i>	<i>52</i>
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE.....	i
ANNEXE.....	ii
TABLE DES MATIERES.....	iii

DEDICACES

Nous dédions ce travail à notre mère Anastasie MENGUE MEBIAME et à notre père Jean-Norbert ASSAM OSSE qui ont su nous donner les fondements indispensables pour l'épanouissement de nos facultés intellectuelles et pour aller, avec fermeté, au-devant des inévitables et nécessaires expériences de notre existence.

REMERCIEMENTS

Nous rendons tout d'abord grâce à DIEU source fondamentale de toutes choses.

Nous voulons tout spécialement dire notre profonde gratitude à toute la Direction Générale d'AXA Assurances Gabon, qui a bien voulu nous faire l'honneur de nous recevoir et mettre à notre disposition tous les outils nécessaires pour l'aboutissement de notre travail.

Nos remerciements vont également à notre encadreur le Dr Patrick BIYOGHE, responsable du Département Prévoyance Sociale et Assistance, qui nonobstant ses multiples occupations professionnelles, a toujours su trouver le temps nécessaire pour nous orienter et nous transmettre son expérience ainsi que sa rigueur scientifique. Nous n'oublions pas de remercier ses collaborateurs au sein du département notamment, Mesdames MOUYEGUE Adelaïde (production), NZOGHE ENGONE Claude (sinistre), WOLBERT ANGUILEY Nadia (production), Messieurs ABOGHE Nestor (production) et KEDY Ricardon (archive) pour leur apport pratique et leurs exhortations de tout moment.

Nous remercions également tous les chefs de département d'AXA Assurances Gabon, et leurs collaborateurs, pour leur disponibilité et leur convivialité, notamment : Mesdames et messieurs MENGUE M'ONDO Bénédicte (Ressources Humaine) ; BAYE Marielle (Audit-informatique) ; MBA EKOA Léon (Comptabilité générale) ; TABA Agnès (Contentieux) ; NDONG NZE M. (Informatique) ; etc.

Notre profonde gratitude va également à toute l'équipe pédagogique de l'Institut International des Assurances (IIA) de Yaoundé qui, sans failles, nous ont transmis leur savoir nous ayant permis d'acquérir nos connaissances et pratiques des Assurances.

Nous ne saurons oublier les personnes suivantes :

- Nos frères et sœurs pour les encouragements et le soutien moral ;
- Nos ami(e)s : Arlette Flore ZOBO ; Auguste MANGA ; Claude NGOMA ; H.MOUNDZIEGOU ; B.MOUYABI TABA, BATSIELILI P. ; C. FAUBERT, A.Colette ; O.A.Georgette Leslie ; M. Samuel etc.
- Nos anciens promotionnaires et amis des 17^{ème} et 7^{ème} promotions : MBAMA Juste sylvain (17^{ème} promotion DESSA) ; Arnaud MINTOUMBA (17^{ème} promotion DESSA) ; Jean Corentin DJIPALA (7^{ème} promotion MSTA) et Cédric BIGNOUMBA (7^{ème} promotion MSTA) pour leurs précieux conseils. Ils ont été pour nous une source d'inspiration.

A tous nos condisciples : NGOMA SIR, EKOME ABAGHA Urbain, NGARI Constantin, etc. qui ont su persévérer avec nous.

AVANT PROPOS

Etablissement de formation professionnelle des Etats membres de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA), en application des dispositions de la convention de coopération en matière de contrôle des entreprises et opérations d'Assurances, l'Institut International des Assurances (IIA)¹ dont le siège se trouve à Yaoundé (Cameroun) a pour missions :

- former et perfectionner les cadres de tous niveaux et de toutes spécialisations pour les entreprises d'Assurance et les autorités de contrôle ;
- Promouvoir la recherche en matière d'assurance ;
- Apporter une assistance technique aux entreprises et organismes d'assurances sous forme de missions, de consultations et d'études particulières.

L'IIA se compose de quatre (4) cycles d'études :

- Cycle I : Formation des techniques d'Assurances;
- Cycle II : Formation des Cadres de Maîtrise en Sciences et Techniques d'Assurances;
- Cycle III : Formation des Cadres Supérieurs d'Assurances;
- Cycle IV : Formation des Cadres Supérieurs Spécialisés d'Assurances.

Pour compléter les aspects théoriques de la formation, les étudiants en fin de cycle sont envoyés en stage de formation dans les entreprises de l'espace CIMA, avec accord des Directions Nationales des Assurances, pour y effectuer des stages. Au terme de ces stages, les étudiants du Cycle III (DESS-A), sont tenus de rédiger un mémoire professionnel (mémoire de stage).

C'est dans cette optique que nous avons été orientés à AXA Assurances Gabon.

Le groupe AXA est le deuxième assureur mondial derrière Nippon Life et le premier assureur français. AXA Assurances, a une de ses filières en République gabonaise, cette filière est dénommée AXA Assurances Gabon.

¹ Les Etats membres de la CIMA sont : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Centrafrique, Comores, Congo, Cote d'Ivoire, Gabon, Guinée Equatoriale, Mali, Niger, Sénégal, Tchad, Togo.

AXA Assurances Gabon exclusivement orientée sur « l'Assurance Non-vie » au capital social de 1.080.100.000 francs Cfa entièrement libéré, est une société anonyme régie par le code CIMA (code des Assurances). Les activités chez AXA Assurances Gabon reposent sur les branches telles que : l'Accident, la Maladie, les corps des véhicules (terrestres, ferroviaires, aériens, maritimes), les marchandises transportées, l'incendie, les autres dommages aux biens, la Responsabilité Civile, Les pertes pécuniaires et l'Assistance.

Afin d'améliorer l'offre et les résultats de son produit Santé, AXA Assurances Gabon met en œuvre certaines mesures dont la maîtrise des fraudes en Assurances Santé. C'est à cet effet que nous nous sommes retrouvés au service Santé pour y effectuer notre stage.

INTRODUCTION

L'Assurance est une convention par laquelle, moyennant le paiement d'une prime, l'assureur s'engage à indemniser l'assuré en cas de survenance d'un dommage.

Il existe donc, entre l'assureur et l'assuré, un contrat qui repose sur des principes tels que la bonne foi. Le contrat d'assurance est ainsi établi sur la base des déclarations de l'assuré, qui exprime sa confiance en l'assureur en payant sa prime.

En outre, en Assurance santé, qui peut être définie comme une assurance conçue pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé causée par une maladie¹ ou un accident, la bonne foi est d'autant plus indispensable que, les garanties accordées sont subordonnées aux informations fournies par le souscripteur dans le questionnaire médical.

A cet effet, l'Assurance Santé apparaît comme un produit à la rentabilité incertaine.

Cette incertitude repose, d'une part, sur le fait que les éléments caractéristiques de l'assuré à partir desquels l'assureur va se fonder pour fixer la prime peuvent être biaisés du fait que, les informations fournies par l'assuré dans le questionnaire médical soient fausses. Cette incertitude est due, d'autre part, aux pratiques frauduleuses auxquelles peuvent se livrer certains intermédiaires d'assurance tels que les courtiers, et même certains salariés des compagnies.

De plus, la cadence de règlements dans cette branche étant soutenue parce que les déclarations de maladie sont généralement réglées dans le mois, la provision pour sinistre à payer (S.A.P), ne pourrait donc concerner que des cas litigieux, les sinistres en cours et les tardifs. C'est pourquoi on a l'habitude de dire que le contrat maladie est un contrat de gestion car, l'assureur vendant son savoir faire aux assurés, tout en essayant d'équilibrer ses résultats.

¹ -Maladie : La maladie est définie ici comme une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente

- Accident : une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La fraude en Assurances Santé est donc, entre autres, un des facteurs rendant la branche maladie peu rentable.

Nous pouvons définir cette fraude comme étant un ensemble de moyens illicites, utilisés par l'une des parties prenant part à la chaîne de l'assurance maladie, pour faire bénéficier la couverture médicale à une personne qui n'en a pas droit en réalité, échapper à une exclusion de garantie, et de faire payer à l'assureur des sinistres fictifs.

Cette fraude est d'autant plus présente que, le marché de l'assurance maladie est complexe car, reposant sur une population d'assurés hétérogènes.

En effet, la dégradation continue des conditions économiques sur l'ensemble du continent africain depuis les années 1990, avec pour point d'orgue la dévaluation du Franc Cfa de 1994, conduit de nombreux assurés à consommer plus ou à poser des actes de fraude, du fait principalement de l'augmentation de leur prime maladie.

Ce comportement atypique des assurés, justifié par un rapport prime sur revenu élevé notamment dû à l'inflation, fait du produit Santé un des produits de loin préférés par les assureurs.

Ces pratiques fausses souvent et de manière considérable, les statistiques des assureurs et ont un impact significatif sur la tarification. Dans un tel contexte, les compagnies d'Assurance à l'instar d'AXA Assurances Gabon vont envisager des mesures de gestion, partant de la souscription au règlement des sinistres, pour tenter de maintenir l'équilibre technique de la branche Santé.

Aussi, fort logiquement, la question qui vient en priorité au département Santé d' AXA Assurances Gabon, se révèle relative aux différents moyens à mettre en œuvre pour maîtriser, autant que cela soit possible techniquement et en pratique, la fraude en Assurance Santé.

On s'interroge donc, au regard de cette problématique, sur *l'approche technique et pratique de la maîtrise des fraudes en Assurance Santé, au sein d'une compagnie d'assurance sur le marché de la CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances) : le cas d'AXA Assurances Gabon.*

Signalons que, AXA Assurances Gabon joue un rôle macro-économique majeur dans la mesure où elle est interpellée sur le volet économique, en passant par l'assurance Santé, cette intervention dans l'économie permet l'autofinancement du système de santé national par le biais

de la mutualité, cette forme de solidarité pouvant au moins sur une partie de la population permettre l'accès aux soins médicaux.

Et, c'est notamment à travers des techniques assurantielles c'est-à-dire ici des mesures ayant trait à la tarification et à la gestion des statistiques du produit Santé ; et des mesures pratiques c'est-à-dire des mesures de prévention et de protection en cas de survenance des fraudes que la compagnie doit jouer son rôle socio-économique.

C'est pourquoi précisément, notre choix s'est porté sur une approche technique et pratique pour pouvoir proposer quelques mesures, en plus de celles existantes, à même de contribuer à réduire, à maîtriser c'est-à-dire contenir la fraude dans une mesure telle qu'elle n'ait pas un impact significatif sur les résultats de la branche.

Ainsi, notre étude doit donc révéler que les diverses mesures consistant à résilier lorsque les résultats techniques sont mauvais ou à appliquer des majoration de prime, ne permettront pas d'atteindre l'équilibre de la branche Santé si elles n'intègrent pas toutes les mesures de prévention, de protection et de gestion des statistiques en Santé.

Aussi, pour la cohérence de notre étude, nous serons amenés à présenter dans la première partie, les modes de financement de l'assurance santé et les manifestations de la fraude. Dans une seconde partie, nous montrerons le processus de la maîtrise des fraudes et comment optimiser des techniques de prévention et de protection en Assurance Santé au sein d'AXA Assurances Gabon.

Première Partie :

**MODES DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE
SANTÉ ET LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE EN
ASSURANCE MALADIE**

Notre objectif essentiel dans cette partie est de présenter les généralités sur le financement et le contrat d'Assurance Santé, il sera également fait une présentation des résultats de la branche maladie et des différents cas de fraude qu'il nous a été possible d'identifier.

Chapitre 1 : LES DIVERSES METHODES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET LES FORMES DE CONTRATS

Dans le financement des soins de santé, on peut distinguer les financements publics ainsi que des financements privés. A cet effet, il sera fait un examen des différents mécanismes de financement des soins de santé avant d'aborder la présentation générale du contrat d'assurance maladie. L'objet essentiel de chapitre est de permettre une compréhension globale du mécanisme de financement de l'assurance santé et ses différents contrats. Il ne sera donc pas exposé ici l'impact de ces modes de financement sur la fraude.

Section 1 : Les méthodes de financement des soins de santé

La prise en charge des frais relatifs à la maladie ou à un accident peut être faite soit par autofinancement, soit au travers des sociétés d'assurances ou des mutuelles d'assurances.

1/ Les méthodes individuelles et collectives

A. Prévoyance individuelle

Les personnes ayant une capacité de financement peuvent préférer, pour diverses raisons (manque de confiance, méconnaissance du système d'assurance, etc.), financer personnellement toutes les dépenses nécessaires qu'elles seraient amenées à faire en cas de maladie ou d'accident corporel. Pour ce faire, elles vont mettre en place un mécanisme individuel de prévoyance qui va consister à effectuer, d'une façon ou d'une autre, une épargne pour prévoir les cas de maladie ou d'accident pouvant altérer leur santé.

B. Intervention de l'Etat et autres collectivités publiques

Afin de permettre un plus grand accès à tous et même au plus défavorisés aux soins de santé, il existe le mécanisme collectif avec intervention de l'Etat.

Les autorités publiques interviennent, dans le financement des soins de santé, directement ou par le biais d'un organisme de prévoyance régi par le code de sécurité social. Ce mécanisme est financé essentiellement par les impôts de la collectivité, et par les contributions des usagers.

Outre ces mécanismes individuels et collectifs de financement des soins de santé, il existe un financement par des mécanismes 'individuels collectifs'.

2/ Les méthodes individuelles collectives

A. Les mutuelles d'assurances

Des organisations à caractère non commercial et régies par le code de la mutualité peuvent garantir, aux adhérents ou sociétaires, la prise en charge des frais nécessaires au traitement de la maladie. Ces sociétés d'assurances mutuelles, par les cotisations collectées auprès des sociétaires, font face aux charges de la collectivité (sinistres et frais de gestion), l'idée de profit étant exclue.

B. Le financement par l'assurance

L'assurance santé, commercialisée par les compagnies d'assurance, garantit les assurés contre les conséquences pécuniaires de la maladie, de l'accident et de la maternité depuis l'indemnisation forfaitaire en cas d'incapacité de travail jusqu'à l'assurance dépendance en passant par la couverture de la perte de revenus. Cette protection des assurés s'effectue à partir d'un ensemble de garanties qui se subdivisent en «prestations en nature» et «prestations en espèces».

La forme la plus courante est la garantie sous la forme de prestations en nature. Il s'agit ici, pour l'assureur de rembourser uniquement les frais nécessités par le traitement, c'est-à-dire les frais

médicaux et pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, actes de spécialité de sanatorium ou de préventorium.

En outre, l'assureur pourrait compenser la perte de revenus liée à l'arrêt maladie ou aux séquelles invalidantes de celles-ci. A cet effet, il sera payé à l'assureur une indemnité journalière pour incapacité temporaire, et/ou il lui sera versé une rente liée à l'invalidité permanente partielle ou totale.

Section 2 : Le contrat d'Assurance maladie

La sécurité qu'apporte l'assurance maladie pour l'assuré et pour sa famille, pousse de plus en plus de proposant vers cette branche malgré le coût élevé des primes. L'assuré maladie se sent en sécurité du fait qu'il a le choix parmi les formations hospitalières de qualité, les prestations qu'il reçoit n'étant limitées que par la nature de l'affection et par le cadre contractuel de la police.

1/ Objet du contrat et les garanties

A. L'objet et les formes du contrat

a.1. L'objet du contrat

L'assurance maladie a pour objet de protéger les personnes (assurés et bénéficiaires) contre les conséquences pécuniaires de la maladie, de l'accident et de la maternité. Autrement dit, l'assurance santé permet aux assurés de couvrir la perte de revenus liée à l'arrêt maladie ou aux séquelles invalidantes de celle-ci par une police d'assurance maladie « prestations en espèces » (perte de revenus). L'assureur, du fait d'une incapacité temporaire, payera à l'assuré une indemnité journalière selon les termes du contrat.

L'assurance santé garantit, en outre, sous sa forme la plus usuelle le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, des actes de spécialité, de sanatorium ou de préventorium qui constituent « des prestations en nature ».

a.2. Les formes du contrat maladie

Les contrats d'assurance maladie sont le plus souvent des contrats collectifs, couvrant un ensemble de personnes avec leurs familles respectives. Mais à coté de ces contrats collectifs, il existe des contrats individuels qui ne couvrent qu'un assuré (et éventuellement sa famille).

a.2.1. Le contrat maladie individuel

Le contrat maladie individuel a pour objet de garantir la maladie, l'accident et la maternité de l'assuré (et éventuellement les membres de sa famille). L'assureur intervient pour les différentes conséquences d'une maladie ou d'une maternité, c'est-à-dire l'invalidité permanente, l'incapacité de travail, l'engagement des frais chirurgicaux, médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation.

A cet effet, il s'agit généralement pour l'assureur de couvrir le remboursement des frais dus à une intervention chirurgicale ou un acte assimilé et l'hospitalisation nécessaires, des actes médicaux tels que la consultation, des achats de produits pharmaceutiques, les analyses, la radiographie, les traitements spéciaux, cures... En outre, la garantie incapacité temporaire assure le versement d'indemnité journalière en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident. La garantie d'incapacité temporaire est généralement complémentaire à la garantie d'invalidité. Dans ce type de contrat, l'assureur et l'assuré sont libres de contracter ou de ne pas contracter. En ce qui concerne l'invalidité, que celle-ci soit due à une maladie ou un accident, l'assureur sert souvent une rente. La garantie indemnité journalière hospitalisation permet quant à elle de garantir le forfait hospitalier et les frais liés à l'hospitalisation

Les exclusions¹ peuvent être rachetées moyennant une surprime telles que des soins à l'étranger, de rapatriement du corps, des frais funéraires... La prime est fonction de l'âge et de l'état de l'assuré. Les calculs théoriques ont été effectués à partir de tables «d'entrée en invalidité», selon l'âge, et de table de mortalité et d'invalidité.

¹ Outre les exclusions habituelles, l'assureur ne couvre pas les conséquences de maladies survenues et traitées avant la souscription du contrat, le suicide et la tentative de suicide, les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques, les traitements psychanalytiques, les maladies ou accidents survenus à l'occasion des compétitions ou de la pratique des sports professionnels ainsi que les conséquences de l'ivresse et de l'usage des stupéfiants.

a.2.2. Le contrat maladie famille

Le contrat maladie famille est destiné à la cellule familiale, et couvre le remboursement des frais directement exposés dans le cadre du traitement d'une maladie ou d'un accident corporel.

La garantie couvre les frais de séjour en hôpital ou en clinique, les honoraires des soins dispensés, les frais de radiologie et d'analyses, les frais de pharmacie, les cures thermales limités aux frais d'établissement et de surveillance. La garantie de base de ce contrat est, le remboursement des frais directement liés au traitement d'une maladie reconnue par le corps médical. Cette garantie de base peut être étendue, moyennant une surprime, à l'évacuation sanitaire, les soins à l'étranger, les soins dentaires, l'optique médicale, le rapatriement des corps, les frais funéraires et l'indemnité journalière.

Le sinistre est attaché à la date de réclamation, et il n'existe pas de garantie subséquente. Le remboursement des frais exposés se fera en tenant compte de tous les justificatifs (prescription du médecin, relevé des honoraires, factures du pharmacien, éventuellement vignettes, etc.), de la déduction d'une franchise par année/famille, application du ticket modérateur lorsqu'il existe, application du plafond par année/famille, et des différentes exclusions, des délais de carence, etc.

a.2.3. Le contrat maladie groupe

Très souvent, le groupe (les employés d'une entreprise) est à adhésion obligatoire, c'est-à-dire, tous les employés ou tous les membres d'une société font obligatoirement partie du groupe. Chaque assuré est tenu de remplir un questionnaire médical pour une meilleure appréciation et tarification du risque par l'assureur.

Les garanties du contrat maladie groupe sont les mêmes que celles d'une police maladie individuelle. Dans ce contrat groupe, le délai de carence ou d'attente qui caractérise l'individuelle maladie est exclu, la prime à payer pour chaque membre du groupe assuré est plus faible que dans les contrats individuels. Il peut, toutefois, être prévue une clause d'ajustement pour un rétablissement de l'équilibre des résultats du contrat.

Le contrat groupe est intéressant à plusieurs égards. En effet, le contrat étant à adhésion obligatoire, le risque d'anti-sélection¹ est moins grand. Pour ce qui est du tarif, il peut être forfaitaire ou à lecture directe. Une prime par individu est ainsi déterminée, et pourra être modulée dans l'avenir en fonction de la clause d'ajustement.

a.2.4. L'Assurance complémentaire

Outre la garantie de base et ses différentes extensions possibles, il existe une assurance dite assurance maladie complémentaire. En effet, dans le cadre d'un régime de sécurité social qui, en général, ne prend pas toujours en charge tous les frais supportés par le malade, il reste un montant de frais à la charge du malade. Ce dernier peut faire supporter par un assureur, par le biais d'un contrat complémentaire, le montant de frais restés à sa charge. C'est également le cas lorsqu'une personne bénéficie des prestations d'un contrat groupe qui la couvrirait à moins de 100%.

- Le ticket modérateur

Dans le but de moraliser le risque, il est généralement laissé à la charge des assurés sociaux une partie des frais. Le montant de cette dépense dépend du règlement et la nature des soins. Il s'agit en quelque sorte d'une sorte de franchise (en général 20%) que l'assuré doit supporter, et est exprimée sous la forme d'un taux, en fonction du taux de couverture du régime social qui peut être de 80%. Cette franchise peut également être exprimée en valeur absolue par exemple 20000 Fcfa.

- Le tiers payant

Entre le malade et le corps médical, il existe un flux financier. Mais, le tiers payant (assureur, entreprise, organisation) peut prendre directement en charge les frais de traitement suivant les modalités du « bon de prise en charge » qui spécifie la nature et les limites de la garantie.

¹ L'anti-sélection : fait pour un échantillon de la population ou un groupe donné, de ne proposer à l'adhésion du contrat maladie que des personnes dont la morbidité est généralement élevée ou qui doivent faire face à un traitement lourd.

Ce tiers payant peut être l'assureur, une entreprise ou une autre organisation à qui l'assuré, l'employé ou le membre paie des primes (ou respecte les dispositions statutaires).

a.2.5. L'Assurance prestations en espèces ou forfaitaires

Du fait d'une maladie, un assuré peut être immobilisé et cette immobilisation a souvent des conséquences pécuniaires pour lui du fait de l'arrêt de son activité.

A cet effet, le contrat « prestations en espèces ou forfaitaires » s'attachera à compenser le manque à gagner dû au fait que l'assuré ne peut plus exercer son activité lucrative. L'assureur versera au malade une somme forfaitaire. Cette somme versée à l'assuré est calculée par multiplication du forfait journalier par le nombre de jours d'arrêt de travail effectif. Cet arrêt de travail doit être imposé par le médecin-traitant et confirmé par le médecin conseil de la société. Un plafond est généralement prévu en cas de longue maladie.

Par ailleurs, en cas de longue maladie, l'assureur versera l'indemnité journalière au plus, jusqu' à l'expiration de la troisième année ou alors jusqu'à l'expiration du contrat en cas de non renouvellement de celui-ci. Cette indemnité est versée à la fin de chaque période telle que prévue au contrat.

Mais, une rente annuelle généralement payable à terme échue est versée si l'assuré est atteint d'une invalidité permanente à la fin du douzième mois d'incapacité. Le contrat concerne les personnes couvertes par un régime de protection sociale, ou par une assurance maladie.

En outre, l'assiette de prime est constituée par les rémunérations annuelles de l'ensemble du groupe. Et, le taux de prime est indiqué aux conditions particulières; une part minimum de la prime est perçue en début d'exercice et une prime de révision est calculée en fin d'exercice.

Ces différentes formes de contrats proposent de nombreuses garanties aux assurés maladie ou accidents corporels.

B. Les différentes garanties

b.1. Les différents types de garanties

b.1.1. La garantie de base

Au titre de la garantie de base, le contrat d'assurance maladie couvre le remboursement des frais directement exposés dans le cadre du traitement d'une maladie ou d'un accident corporel. Il s'agit dans cette garantie, de couvrir divers frais tels que les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique, les honoraires des soins dispensés, limités aux frais d'établissement et de surveillance médicale, les frais nécessités par une grossesse, l'accouchement, des soins de prothèses dentaires non consécutifs à un accident, à l'exclusion toutefois des actes de chirurgie des maxillaires.

Cette garantie de base est cependant limitée dans l'espace et dans le temps. En effet, la garantie peut être limitée à des soins effectués sur le territoire national ou étendue à certains pays européens ou purement étendue au monde entier¹. La garantie est également limitée dans le temps. Ainsi, la prise en charge des sinistres n'a lieu qu'après une période bien définie. C'est le délai de carence ou d'attente ce délai est souvent d'environ 15 jours pour les maladies dont la période d'incubation est courte (varice, rougeole, choléra, etc.), de 12 mois pour les maladies chroniques et les tumeurs (kystes, leucémie, tuberculose, prothèses dentaires et lunetterie), et de 9 à 12 mois pour la maternité selon les dispositions des conditions générales du contrat maladie, les accidents quant à elles ne sont pas soumis à ces délais. Les conséquences des accidents, en effet, sont prises en charge dès l'entrée en vigueur du contrat.

b.1.2. Les extensions de garantie

La garantie de base de l'assurance maladie peut s'étendre à toutes les dépenses d'ordre médical et paramédical. En effet, certaines prestations telles que l'évacuation sanitaire, les soins à l'étranger, le rapatriement du corps et les frais funéraires peuvent faire l'objet d'une extension de garantie. Le rachat de ces garanties se fait, nécessairement, moyennant une surprime. Au niveau

¹ La limitation dans l'espace de la garantie vient du fait que le tarif est bâti à partir des statistiques relatives à la fréquence du sinistre, du taux de morbidité ainsi que du coût moyen du sinistre, en vigueur dans un pays ou une région donnée. Or, ce coût moyen peut varier d'une région à l'autre.

d'AXA Assurances Gabon, toutes ces garanties constituent le contrat "assurance prévoyance santé".

- L'évacuation sanitaire :

Il s'agit ici d'une évacuation médicale imposée par l'inexistence ou l'inadaptation, sur le lieu où l'assuré est tombé malade, du niveau de la technique médicale à même de permettre un traitement approprié et efficace. La garantie va ainsi couvrir les frais de transport du malade jusqu'au lieu des soins (un autre pays ou une autre région à l'intérieur d'un même pays).

- Les soins à l'étranger :

Cette extension de garantie consiste, pour l'assureur, à prendre en charge les soins exposés à l'étranger en urgence, au cours d'un bref séjour dont la durée n'excède pas en principe deux (2) mois. Dans cette extension, on parle de la latitude donnée à l'assuré de pouvoir se faire soigner dans un pays ou une région médicalement avancée autre que le lieu de souscription.

- Le rapatriement du corps :

Dans le cas où le malade précédemment évacué à l'étranger pour des soins de santé venait à décéder, l'assureur va prendre en charge les frais de rapatriement du corps. Ainsi, la garantie "rapatriement du corps" permet le transfert du corps du lieu de décès au lieu de résidence habituel de l'assuré.

- Les frais funéraires :

Il s'agit d'un montant forfaitaire que l'assureur rembourse. Autrement dit, le contrat prévoit le remboursement d'un montant forfaitaire des frais exposés et liés aux frais de mise en bière du corps.

b.2. La tarification

La prime commerciale généralement applicable aux contrats maladie est constituée de la charge de sinistres prévisionnelle; cette charge de sinistre dépend des estimations relatives à la fréquence et au coût moyen des sinistres. Elle est également constituée du montant des provisions pour sinistres tardifs et pour sinistres en cours, des frais opérationnels de l'assureur (vente, acquisition de nouveaux contrats, gestion, frais généraux et impôts). Une marge d'incertitude peut être prévue, dans l'éventualité d'une sinistralité trop forte. Il est enfin prévu, dans la composition de la prime commerciale, l'intérêt obtenu sur le cash-flow (produits financiers) permettant ainsi de réduire la prime.

Cette prime commerciale s'exprime de la façon suivante :

$$\text{Somme des primes} = \text{Charge de sinistres} + \text{provisions} + \text{Frais} + (\text{Marge de sécurité}) + \text{Bénéfice} - \text{Produits Financiers}$$

Cette prime doit être adéquate, en ce sens qu'elle doit permettre de couvrir les frais d'indemnisation des sinistres, d'acquisition des contrats, de gestion et les impôts, et une certaine marge de fluctuation et bénéficiaire. La prime doit être raisonnable, c'est-à-dire perçue comme juste contre-partie des indemnités promises, elle doit également être équitable entre les diverses catégories d'assurés et compétitive sur le marché.

Il convient maintenant de présenter, les différents intervenants dans le financement des soins de santé par le système d'assurance santé.

2/ Les intervenants dans les contrats d'assurance santé

Quelque soit le type de contrat d'assurance santé, il intervient deux catégories d'acteurs à deux niveaux du contrat; c'est-à-dire à l'origine du contrat et au cours de son exécution.

A. Les intervenants à l'origine du contrat

a.1. Le souscripteur du contrat :

C'est la personne physique ou morale (entreprise) qui remplit et signe le questionnaire proposition, donne son consentement au contrat, elle le signe et s'engage à payer les primes. Cette personne qui contracte avec la compagnie d'assurances, peut être un chef d'entreprise pour le compte de ses employés, ou encore un chef de famille pour couvrir ses membres contre le risque maladie.

a.2. Les intermédiaires d'assurance:

On distingue essentiellement deux grands types d'intermédiaires, à savoir les agents généraux et les courtiers tous deux rémunérés par des commissions.

- *Les agents généraux* : ils sont des mandataires des sociétés d'assurances et sont liés à ces dernières par des traités de nomination qui précisent les conditions de collaboration entre l'agent général et la compagnie. L'agent général réserve en priorité, sa production à la société qui l'a nommé dans la souscription, et les branches où il a mandat pour la représenter.
- *Les courtiers* : Les courtiers d'assurance sont des commerçants, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant que les actes qu'ils accomplissent sont civils ou commerciaux. Contrairement aux agents généraux, ils interviennent en tant que mandataires des assurés. Ils peuvent placer leurs affaires auprès des entreprises de leur choix.

a.3. L'assureur :

L'assureur est une personne morale, constituée soit en société anonyme, soit en société mutuelle. C'est la personne qui contracte avec le souscripteur, et qui s'engage à payer les prestations dues aux assurés, en contrepartie de la cotisation payée par le souscripteur.

B. Les intervenants en cours d'exécution du contrat

b.1. Le bénéficiaire

C'est la personne au nom de qui le profit d'assurance est stipulé. Il peut être une personne nommément désignée dans le contrat d'assurance, soit une personne déterminable; autrement dit sans être nommément désignée, il est suffisamment défini dans le contrat pour être identifiée au moment de l'exigibilité du bénéfice du contrat. Il peut cependant arriver qu'une même personne réunisse les qualités de souscripteurs, d'assuré et de bénéficiaire.

b.2. Les établissements de soins

Ce sont des intervenants indépendantes et tierces au contrat d'assurance santé. Ils sont étrangers au système de gestion de l'assureur, et ignorent quelque fois l'existence de l'assureur lors de la prestation des services. Ces centres de soins constatent que le patient bénéficie d'une couverture médicale, lorsque le patient sollicite leur signature afin d'adresser les justificatifs des frais engagés à l'assureur pour leur remboursement. Cependant, l'assureur peut posséder son propre réseau de soins, ou lorsque la gestion en tiers payant est confiée à une société de gestion maladie. Dans ce cas, les prestataires de soins sont en relation avec l'assureur par le biais de convention.

Après avoir étudié les divers systèmes de financement des soins de santé, nous pouvons maintenant analyser les résultats et les manifestations de la fraude en assurance maladie.

Chapitre 2 : EXAMEN DES RESULTATS ET MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE

La fraude en assurance santé peut apparaître de différentes façons selon les acteurs et les circonstances. Dans tous les cas, les fraudes peuvent contribuer, dans une certaine mesure, à compromettre les résultats d'une branche sur plusieurs années, et contraindre l'assureur à changer sa politique de souscription et de sélection des risques maladie.

Aussi, nous examinons les résultats de la branche maladie d'AXA Gabon sur trois (3) années, mais compte tenu de la difficulté que nous avons à pouvoir identifier quantitativement la contribution réelle de la fraude à la baisse des résultats au cours de certaines périodes, la présentation des résultats ci-après demeure à titre indicatif mais permet toutefois de justifier les changements de politique de souscription dans le produit Santé. Après la présentation de ces résultats, nous verrons les différentes manifestations de la fraude en assurance santé.

Section 1 : Examen des résultats de la branche santé

Il ne s'agit pas, dans cette section, de faire un examen des résultats de la fraude sur la branche, mais tout simplement d'une présentation du comportement de la branche en terme de chiffre d'affaires, de prestation et des produits financiers qu'elle génère.

1/ Evolution de la production et de la part de la maladie dans l'ensemble du portefeuille

Il s'agira pour nous, de voir l'évolution du chiffre d'affaires et des produits financiers de la branche maladie d'une part, et de la part de cette branche dans l'ensemble du portefeuille. Nous, verrons, d'autre part, l'évolution des prestations et de la sinistralité. Cet examen nous permettra de présenter les résultats d'AXA Gabon pour la période 2004-2007.

A. La production

a.1. Tableau d'évolution du chiffre d'affaires 2004-2007 (en millions de Fcfa)

Années	2004	2005			2006			2007		
CA	Montant	Montant	Ecart	Taux	Montant	Ecart	Taux	Montant	Ecart	Taux
Santé	103	677	574	557%	410	-267	-39%	654	244	56%

Source : Rapports d'activités d'AXA Assurances Gabon, 2004,2005,2006 et 2007.

a.2. Observations

A la lecture de ce tableau, on voit qu'il y a eu une augmentation importante du chiffre d'affaires entre 2004 et 2005 de l'ordre de 557%. Mais, entre 2005 et 2006, nous voyons une forte baisse de ce chiffre d'affaires de -39% avant qu'il ne connaisse à nouveau une augmentation entre 2006 et 2007 de 56%.

AXA Assurances Gabon a connu donc de fortes évolutions de son CA aussi bien à la hausse comme à la baisse. Deux (2) cas sont possibles dans l'analyse qualitative d'une telle croissance :

- Une expansion tous azimuts au mépris de la sélection des risques, ce qui risque de compromettre à terme les résultats ;
- En sens inverse, une baisse de l'activité peut être positive si elle se traduit par une sélection rigoureuse des risques.

B. La part de la Santé dans l'ensemble du portefeuille

b.1. Tableau d'évolution de la part de l'assurance maladie dans l'ensemble du portefeuille (en millions de Fcfa)

Année	2004	2005	2006	2007
Chiffre d'affaires maladie	103	677	410	654
Chiffre d'affaires de l'ensemble du portefeuille IARD	9478	8571	8137	8466
Part de la branche Santé	1%	7,9%	5%	7,72%

Source : Rapports d'activités d'AXA Assurances Gabon 2004, 2005,2006 et 2007.

b.2. Observations

De 2004 à 2007, nous observons une évolution modeste de l'assurance maladie sur l'ensemble des autres produits. En effet, nous pouvons voir que durant cette période le produit maladie représente moins de 10% de l'ensemble du portefeuille d'AXA Assurances Gabon à partir de 2004. Cette évolution est due à des résiliations de nombreux contrats pour défaut de paiement de primes, et du fait des résultats techniques déficitaires de certains contrats groupes.

2/ Evolution des prestations et des produits financiers

A. Evolution des prestations 2004 à 2007(en millions de Fcfa)

a.1. Tableau des prestations et de la sinistralité

Années	2004	2005	2006	2007
Cotisations acquises (PA)	989	687	372	693
Charge de sinistres (S)	380	148	80	146
Sinistralité (S/PA)	38,42%	21,54%	21,50%	21,06%

Source : rapports d'activités AXA Assurances Gabon 2004,2005,2006 et 2007

a.2. Observations

Nous constatons que la maladie, de 2004 à 2007, est un produit dont le S/PA est raisonnable comparé à la moyenne conventionnelle de 65%. Ces données montrent qu'AXA Assurances Gabon met l'accent sur la sélection des risques en maladie.

En effet, cette rigueur se traduit, depuis 2004, par le fait que la compagnie ne souscrit plus les assurances maladie individuelles, préférant les formules de groupe dont la taille varie d'un minimum de 10 à 25 personnes. Cela est dû au fait que plus le groupe est important, plus la prédictibilité du taux de sinistre s'améliore ainsi que les résultats de la branche.

B. Evolution des produits financiers de la branche Santé

b.1. Tableau d'évolution des produits financiers

Années	2004	2005	Variation 2004/2005	2006	Variation 2005/2006
Produits	11,53	80,25	596%	43,94	-45,25%

Source : contrôle de gestion AXA Assurances Gabon 2004,2005 et 2006

b.2. Observations

Les produits financiers sont le fruit des placements réalisés à partir du chiffre d'affaires. Ainsi, lorsqu'il y a baisse du chiffre d'affaires, celle des produits financiers suit logiquement. Ainsi, au niveau d'AXA Assurances Gabon, au cours de la période 2004/2005, nous avons un chiffre d'affaires de la branche Santé respectivement de 103 à 677 millions de Fcfa; ce qui justifie l'évolution des produits financiers de 596%. Mais cette évolution du chiffre d'affaires est négative entre 2005 (chiffre d'affaires santé de 677) et 2006 (chiffre d'affaires santé de 410), d'où une évolution des produits financiers de -45,25%.

Dans le cas de l'assurance santé, les primes encaissées sont généralement utilisées immédiatement pour le remboursement des frais hospitaliers exposés par les assurés. Il devient quasiment impossible de faire des placements avec ces primes.

Après cet examen des résultats de la branche, nous allons maintenant étudier les différents cas de fraude généralement identifiés au niveau des compagnies d'assurances.

Les fraudes à l'assurance se manifestent en début de contrat ainsi que durant son exécution. Mais, les cas de fraude au sein de la société ont des mécanismes différents. Aussi, avant d'effectuer un diagnostic pour AXA Assurances Gabon, nous présenterons les différents cas de fraude possibles au sein de la compagnie ainsi que des cas de fraude spécifiques au corps médical.

Section 2 : Les différents cas de fraude et le diagnostic pour AXA

Assurances Gabon

Il s'agira d'examiner de façon globale les manifestations des différents cas au sein de la compagnie (fraude interne), et des fraudes spécifiques aux établissements et personnels de santé, et de faire un diagnostic pour AXA Assurances Gabon.

1/ les manifestations générales de la fraude

A. Les manifestations de la fraude à l'origine du contrat

a.1. La fraude à la souscription du contrat

Afin d'apprécier le risque, chaque assuré (ou souscripteur) à l'entrée du contrat doit répondre exactement aux questions qui lui sont posées par l'assureur, à travers le questionnaire proposition et médical.

A la souscription du contrat, l'assuré ou souscripteur conscient qu'il doit payer une prime à l'assureur avant que les garanties souhaitées ne lui soient accordées, va de manière consciente fournir à l'assureur des informations fausses sur ses antécédents médicaux, état de santé actuel ainsi que sur d'autres éléments d'appréciation pouvant influencer son état de santé.

Convaincu qu'il n'y aura pas un contrôle, et sachant que l'assureur compte sur sa bonne foi, le souscripteur en parcourant toutes les questions du questionnaire proposition, peut donner des réponses fausses sur certaines questions. Il s'agit des questions dont les réponses ne nécessitent pas la présentation d'une attestation ou d'un certificat. L'objectif de ces fausses déclarations est, pour le souscripteur d'une part, de payer une prime dont le montant sera peu élevé, et d'autre part acquérir les garanties offertes par le contrat.

Outre ces fausses déclarations, il y a l'antisélection qui est une pratique de l'assuré à la souscription du contrat.

a.2. L'antisélection

L'antisélection est le fait pour un échantillon de la population ou pour un groupe donné de ne proposer à l'adhésion du contrat maladie que des personnes dont la morbidité est généralement élevée, ou qui doivent faire face à un traitement lourd.

Ainsi, pour les familles ou groupes dont les capacités financières ne permettent pas de supporter les coûts de couverture médicale de tous les membres du groupe, ne sont présentés comme bénéficiaires du contrat maladie que des enfants souffrant de maladies exigeant un traitement coûteux.

Le risque d'antisélection est aggravé dans les contrats groupe à adhésion obligatoire car, il est quasiment impossible pour l'assureur d'exclure un assuré jugé en mauvaise santé, ou ayant un taux fort de morbidité.

Il est difficile pour l'assureur, malgré le risque d'antisélection, de rejeter le groupe au risque de perdre un client important. En effet, l'acceptation du risque maladie est subordonnée à la souscription concomitante ou préalable des autres contrats du proposant, dont les résultats viendront à terme compenser le déséquilibre structurel de la branche maladie. Ces autres contrats (multirisque habitation individuelle, accident, rubrique habitation) qui ne doivent pas représenter moins de 65% de la prime maladie.

B. Les cas de fraude possibles au sein de la société

b.1. Les fraudes spécifiques aux chargés de production maladie

Nous avons vu que la sécurité apportée par l'assurance maladie, à l'assuré et sa famille, pousse de plus en plus de proposant vers cette branche, malgré la cherté des primes dans la plupart des marchés. Les entreprises qui couvrent leur personnel espèrent en retour une plus grande fidélisation et un gain de productivité, du fait d'une meilleure santé des collaborateurs. Cependant, selon qu'ils interviennent dans la production ou le traitement, ces collaborateurs peuvent poser des actes frauduleux pendant toute la période d'exécution du contrat.

Ainsi, au niveau du chargé de la production, on peut en général relever des cas tels que l'insertion des garanties supplémentaires non prévues au contrat, la modification des critères de tarification comme l'âge d'un assuré, l'insertion d'affiliés fictifs dans le cadre d'un contrat groupe, faire bénéficier des garanties à des tiers qui ne devraient pas en bénéficier et l'établissement des cartes d'assurés à des assurés fictifs.

b.2. Les fraudes spécifiques aux chargés du règlement des sinistres maladie

Au niveau du chargé de sinistre, il est possible de relever des cas consistant à modifier les limites territoriale des garanties, la période de validité (date d'effet et d'échéance), ajouter des garanties non prévues dans le contrat, à insérer des assurés fictifs dans le contrat, effectuer le règlement d'un sinistre au profit d'un bénéficiaire qui, en réalité n'en est pas un, et effectuer sciemment des doubles paiements.

Tous ces actes frauduleux sont généralement commis lorsque le service comporte certaines vulnérabilités surtout dans son système informatique, ainsi que lorsque le contrôle n'est pas rigoureux dans le service maladie de la compagnie.

Outre des actes de fraude pouvant être constatés au sein de l'entreprise, des actes de mauvaise foi peuvent également être accomplis par des prescripteurs et établissements de soins, nuisant ainsi au résultat de la compagnie. Ce qui nous amène à effectuer un diagnostic pour AXA Assurances Gabon.

2/ Les manifestations de la fraude au niveau d'AXA Assurances Gabon

Faire le diagnostic des vulnérabilités pour AXA Assurances Gabon, nous conduit à l'identification des différents cas de fraude possibles que nous avons eu la possibilité de relever. Mais, au préalable, nous décrirons les procédures de souscription et de règlement au sein du service santé et assistance d'AXA Assurances Gabon.

A. Présentation des procédures de souscription et de règlement en assurance maladie et le diagnostic de cas de fraude possibles

Il s'agit de présenter l'activité qui est faite, en assurance maladie, à partir des postes de production jusqu'au poste chargé du règlement de sinistres. Ensuite, compte tenu de ces procédures, nous ferons un diagnostic des cas de fraudes possibles dans le service

a.1. Les procédures de souscription à AXA Assurances Gabon

Nous développons ici, les différentes étapes de la souscription ainsi que les procédures d'incorporation et de retrait des assurés dans un contrat d'une part. Nous présenterons, d'autre part, ce qui se fait au niveau du contrôle à posteriori des pièces de souscription.

a.1.1. La présentation du produit et du bulletin d'adhésion

A cette étape de la souscription, l'assuré pourra mieux connaître le produit. Ainsi, le chargé de production présente tout d'abord au client, une proposition d'assurance composée des risques couverts, des plafonds de garanties et des tarifs. Ensuite, il est présenté au client un bulletin d'adhésion qui est un questionnaire médical, par lequel le client rend compte de son état de santé. Avant que le contrat ne soit établi, une équipe médicale de la compagnie intervient pour l'exploitation du bulletin d'adhésion ; il s'agit des médecins conseils. Le visa du médecin conseil atteste alors du contrôle effectué sur le bulletin d'adhésion.

a.1.2. La mise en place de la police et paiement de la prime

Le producteur, quand le client est d'accord avec la proposition d'assurance, établit le contrat conformément aux instructions données par la compagnie sur la nature et l'étendue des garanties, les tarifs à appliquer et ce, sous réserve de l'acceptation du bulletin d'adhésion par la compagnie.

Une fois la police mise en place, le producteur procède à la saisie de celle-ci; la quittance de production est alors saisie en quatre exemplaires. Après la signature du contrat par le client et AXA Assurances Gabon, l'assuré paie la prime soit en espèces soit par chèque.

1.3. Incorporations et retraits dans un contrat maladie

L'incorporation consiste à intégrer un nouvel assuré dans un contrat; il s'agit d'une nouvelle adhésion. En effet, il arrive qu'en cours d'exercice interviennent un certain nombre de modifications sur les contrats (incorporations et retraits).

En cas d'incorporation, le chargé de production procède à l'enregistrement informatique de l'incorporation et la prime sortira au prorata.

Par contre, pour ce qui est des retraits, le chargée de production procède à la saisie et obtient automatiquement le montant de la ristourne. Il est alors établi un avenant d'incorporation ou de retrait qui est envoyé à la comptabilité. Mais avant l'établissement d'un avenant d'incorporation, le bulletin d'adhésion est préalablement contrôlé par le médecin conseil de la compagnie. Ainsi, la procédure d'incorporation n'est pratiquement pas différente de la procédure de souscription à l'origine du contrat.

a.2. Les procédures de règlement

La procédure de règlement, au sein d'AXA Assurances Gabon, s'effectue en trois étapes. Tout d'abord, il est effectué des contrôles à priori, ensuite il y a le règlement du sinistre et enfin les contrôles à posteriori sont faits.

a.2.1. Les contrôles à priori

- Le contrôle de la prime et des pièces justificatives

Le chargé de sinistre, avant tout remboursement, s'assure que la prime est régulièrement perçue. Après s'être assuré qu'il n'y a aucune anomalie au niveau du paiement de la prime, un contrôle est effectué sur l'ensemble des pièces de remboursement (ordonnance, factures et la feuille de maladie). Ce contrôle est également effectué par le médecin conseil à qui, toutes les déclarations de maladie sont soumises pour examen et appréciation.

- Le contrôle de la garantie

Au vue des garanties, des plafonds et des exclusions, le médecin-conseil d'AXA Assurances Gabon peut donner un avis favorable ou défavorable relatif au caractère non compatible de la prescription. Avant qu'un règlement ne soit donc engagé, on s'assure que les affections exposées sont exclues ou non, que l'on est dans les limites de plafonds garantis, que les médicaments exposés ne sont pas exclus.

A cet effet, le chargé de sinistre soumet toujours au contrôle à priori du médecin-conseil les factures d'hospitalisation, les comptes-rendu d'opérations, les certificats médicaux ainsi que les déclarations de maladie .

- La particularité de la prise en charge

L'engagement pris par l'assureur de payer directement les frais médicaux engagés par l'assuré est représenté par l'attestation de pris en charge. Cependant, tout accord de prise en charge est donné après investigation et avis du médecin-conseil et ce, compte tenu des exclusions des conditions générales, du bulletin d'adhésion et des antériorités non déclarées. Les prises en charge sont ainsi contrôlées par le médecin conseil et le responsable du département santé.

A cet effet, le médecin-conseil et le chargé de sinistre procèdent à un contrôle sur les assurés dont leur identité. Après ce contrôle, l'attestation de prise en charge est délivrée par le service santé et assistance, et si possible sur présentation d'une facture pro forma.

- Le règlement du sinistre

Le règlement est effectué suivant une procédure informatisée après le contrôle à priori et accord du chef de département santé et assistance. Il s'agit ici de saisir le règlement à partir des feuilles de maladie, d'affecter un numéro de sinistre à chaque groupe assuré un état préparatoire des règlements est édité auquel seront jointes les feuilles de maladie correspondantes.

a.2.2. Les contrôles à posteriori

Ce contrôle est effectué lorsque le service santé et assistance reçoit des bordereaux de sinistre, réglés par des courtiers, accompagnés des pièces justificatives et quittances.

Ainsi, il s'agira de vérifier le respect des clauses contractuelles relatives aux affections ou maladie exclues.

La vérification sera également faite au niveau de la tarification, notamment lorsque les affections ont été jugées aggravantes et donc, entraînent la perception d'une surprime et que l'ensemble de ces primes a bien été perçu. Enfin, le service maladie s'assure du bien fondé du règlement pour ce qui est du montant. C'est la concordance entre les pièces justificatives et les quittances de règlement, entre les quittances des règlements et le bordereau des règlements.

Après la description de ces différentes procédures de souscription et de règlement, nous allons identifier les différents cas de fraude possibles que nous avons pu relever dans le service santé et assistance notamment, au niveau de la production et du poste chargé du règlement des sinistres en maladie.

B . Le diagnostic des vulnérabilités pour AXA Assurances Gabon

b.1. Le diagnostic des vulnérabilités au sein du service santé et assistance

L'identification des vulnérabilités endogènes d'une organisation nécessite de segmenter l'organisation elle-même en services ou postes de travail dans un service. Cette identification permet de traiter efficacement les vulnérabilités recensées à ces différents postes du service.

Dans le service « Santé et Assistance » ou service maladie, il y a essentiellement le poste chargé de la production et celui chargé du traitement des sinistres. Il s'agit ici de ne présenter que des principaux facteurs que nous avons relever, et donc susceptibles de générer des fraudes dans le service Santé.

b.1.1. Les postes de production et règlement des sinistres

Au poste de production, la faiblesse du service est caractérisée par :

- la possibilité d'introduire frauduleusement des garanties dans un contrat;
- de maintenir un assuré dans un contrat en modifiant son âge ;
- introduire des personnes fictives comme membre d'une famille assurée.

Au niveau du poste règlement de sinistres, la vulnérabilité du service est due au fait qu'il est possible de modifier des éléments influençant le montant du règlement. Il s'agit de :

- la zone géographique ;
- insertion des garanties non prévues au contrat ;
- insertion des assurés fictifs dans le contrat ;
- la possibilité de réintroduire une famille d'assurés déjà sortie du portefeuille maladie de la compagnie.

Cependant, la traçabilité (à travers le système informatique) via l'analyse de l'identifiant ayant effectué la saisie permet de reconnaître l'opérateur de saisie ou de règlement ayant effectué les incorporations.

Ainsi, malgré ces vulnérabilités au niveau du poste de production et de règlement, il y a entre la saisie et le décaissement une procédure de contrôle qui joue le rôle de filtre.

b.2. Le diagnostic des cas de fraude externes à AXA Assurances Gabon

Les cas de fraude possibles que nous avons pu relever au niveau des bénéficiaires ainsi que des partenaires d'AXA Assurances Gabon (courtiers, prescripteurs et établissements hospitaliers) concernent essentiellement :

- la rétention de l'information ;
- la non application des tarifs conventionnels ;
- la facturation de sinistres fictifs ;
- la substitution de personnes ;
- des devis dont les montants sont exagérés ;
- les surfacturations.

b.3. Les fraudes spécifiques aux bénéficiaires

Les bénéficiaires d'un contrat maladie sont des ayants droit assurés et adhérents bénéficiant de la garantie.

Un bénéficiaire, pour une raison quelconque, peut faire profiter des garanties à des personnes tierces au contrat d'assurance maladie, en cas d'hospitalisation, sous le couvert de son nom ; ça peut être un parent ou une simple connaissance. Il s'agit d'une substitution de personne.

En outre, ces mêmes bénéficiaires peuvent présenter à l'assureur des factures émaillées d'irrégularités, et ce avec la complicité de certains prescripteurs (médecins) et employés de pharmacie. Il y a également une fraude qui consiste à changer la date de la prestation. En effet, dans un contrat d'assurance maladie, la garantie, comme nous l'avons vu précédemment, est souvent circonscrite dans le temps. Même si la garantie prend effet à une date, la prise en charge des sinistres peut n'avoir lieu qu'après une période déterminée, ceci pour éviter la prise en charge de sinistres certains; c'est le délai de carence ou d'attente. De ce fait, le changement de la date de la prestation aura lieu durant le délai de carence; pour ce faire l'assuré demandera au prescripteur d'indiquer une date se situant après expiration du délai de carence.

A l'instar des bénéficiaires, les courtiers intermédiaires d'AXA Assurances Gabon peuvent se livrer à des pratiques frauduleuses.

b.4. La rétention de l'information par les courtiers

AXA Assurances Gabon réalise environ 75% de ses affaires par intermédiation. Ses intermédiaires sont essentiellement constitués par des courtiers (ASCOMA Gabon, GRAS SAVOYE Gabon et divers autres courtiers).

Les commissions d'apport représentent 17% pour ASCOMA Gabon (unité de gestion n°1), GRAS SAVOYE Gabon (unité de gestion n°2) et entre 15% et 20% pour les autres apporteurs (unité de gestion n°3). Ajouté à ces commissions les produits financiers que génère la rétention des primes encaissés, les courtiers réalisent d'importantes marges bénéficiaires surtout lorsqu'ils n'ont pas un mandat de gestion. Pour préserver ces gains, des courtiers pratiquent la rétention des informations relatives à la mauvaise moralité des assurés ou la gravité des risques apportés par certains clients. Ils peuvent introduire dans le portefeuille d'AXA Assurances Gabon des assurés dont les contrats ont été résiliés par d'autres compagnies à cause des résultats fortement déficitaires.

Certains membres du corps médical également, et en complicité avec des assurés, peuvent poser des actes de fraude.

b.5. L'attitude du corps médical

Le comportement du corps médical, dans certains cas, peut être qualifiée de fraude du fait de la complicité entretenue par certains prescripteurs avec des assurés. Ainsi, des prescripteurs peuvent faire des surfacturations, être en complicité avec des assurés, et il y a également l'attitude des cliniques privées.

La surfacturation consiste en une facturation abusive des produits ne prenant pas en compte le rapport efficacité/prix. Elle consiste également à facturer des fournitures de pharmacie usuelles, et accessoires à usage médical (perfusion, seringues, anesthésiques, de l'oxygène, etc.).

La complicité supposée du corps médical incline à soupçonner ce dernier d'être en complicité avec des assurés fraudeurs. Par exemple, un assuré dont un proche doit se faire traiter par un dentiste, ce dernier va faire un devis. Quand la facture dépasse un certain montant trop élevé pour l'assuré, le dentiste et l'assuré vont mettre le nom d'un enfant bénéficiaire des garanties pour le reste des frais.

De même, en lunetterie à AXA Assurances Gabon le plafond annuel par assuré étant de 200000 Fcfa, un chef de famille peut s'entendre avec l'opticien pour commettre des fraudes. Ainsi, si le chef de famille souhaite s'offrir une monture d'un montant de 400000 Fcfa (monture adulte), mais compte tenu du plafond, il ne pourra se l'offrir. Alors, après consultation chez son ophtalmologue, il demandera à l'opticien de faire une facture de 200000 Fcfa pour lui même, et pour le reste des 200000 Fcfa, il demandera à son opticien de faire un autre devis de 200000 Fcfa pour la monture de lunettes d'un enfant assuré, et après que ce dernier ait été consulté par l'ophtalmologue. Grâce à cette pratique l'assuré chef de famille pourra finalement s'offrir sa monture de 400000 Fcfa. Ces cas de fraude ou d'abus sont d'autant plus possibles lorsque l'assuré

n'a pas une capacité financière suffisante; surtout lorsque le rapport des primes payées/revenus est élevé.

Au niveau des cliniques privées, dès qu'elles prennent connaissance que le patient est couvert par une assurance maladie, il y aura une tendance à allonger des périodes d'hospitalisations des assurés.

Tout en ne remettant pas en question l'éthique des professionnels de santé, il est cependant vrai que ce sont des agents économiques, et en tant que tel ces prescripteurs souhaitent profiter pleinement de leur activité pour un mieux être.

Ces cas de fraude possibles que nous avons pu relever, peuvent avoir à terme un impact significatif sur le résultat d'AXA Assurances Gabon. De ce fait, certaines mesures adéquates en plus de celles existantes (l'équipe des médecins conseils chargés de contrôler les fraudes santé et dépister les éventuels tentatives de fraude) peuvent être envisagées et mises en œuvre à travers un processus de maîtrise des fraudes, afin de contribuer à l'amélioration des résultats de la branche et par conséquent de l'ensemble du portefeuille.

Deuxième partie :

**PROCESSUS DE LA MAITRISE DES FRAUDES ET
OPTIMISATION DES TECHNIQUES DE PREVENTION ET DE
PROTECTION EN ASSURANCE SANTE AU SEIN D'AXA
ASSURANCES GABON**

Il s'agit, dans cette partie, d'étudier des solutions possibles en vue de rendre les mesures actuellement appliquées plus efficaces. Ces solutions consistent en des mesures pratiques et techniques.

Chapitre 1 : APPROCHE DE SOLUTIONS PRATIQUES, ET **LES MESURES DE SURVEILLANCE**

Face à la diversification des fraudes et des acteurs en assurance santé, il est indispensable pour l'assureur de prendre des mesures idoines afin de lutter contre ce phénomène.

A cet effet, nous verrons des mesures pratiques de lutte contre les fraudes en assurance santé ainsi que, l'approche de la maîtrise des fraudes par des techniques assurantielles.

Section 1 : Approche pratique et médicale de la maîtrise des fraudes

Il s'agit d'analyser les moyens de prévention et de protection contre la fraude en maladie, conformément aux dispositions du code des Assurances des Etats membres de la CIMA d'une part, et d'étudier des mesures médicales d'autre part.

1/ L'approche pratique relevant de la réduction des risques

L'approche pratique relevant de la réduction des risques consiste à mettre en œuvre des mesures de prévention et de protection du risque de fraude.

A. Au niveau de la prévention des fraudes

a.1. Les moyens juridiques de prévention

Les moyens de prévention d'ordre juridiques, concernent essentiellement les dispositions prévues par le code CIMA. Il s'agit des moyens permettant de prévenir les fausses déclarations de risques de la part des assurés et prescripteurs. On distingue, la fausse déclaration faite de mauvaise foi et la fausse déclaration faite de bonne foi.

a.1.1. Sensibilisation des souscripteurs sur les conséquences de la fausse déclaration faite de mauvaise foi

Les juristes relèvent un certain nombre de notions et de critères¹ pour définir un contrat d'assurance, un de ces critères est "la bonne foi". En effet, l'assureur a confiance en l'assuré, aussi accepte-t-il d'établir le contrat d'assurance sur la base des déclarations de celui-ci. Compte tenu de l'importance de ses engagements, l'assureur serait gravement lésé si la bonne foi du souscripteur n'était pas garantie. La bonne foi est donc fondamentale pour la conclusion du contrat d'assurance.

Aussi, le code CIMA prévoit une sanction en cas de fausse déclaration, en son article 18 premier alinéa. Cet article dispose que «le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre ». L'assureur doit, toutefois, apporter la preuve de cette mauvaise foi.

La nullité effaçant rétroactivement le contrat, l'assuré doit reverser à l'assureur toutes les indemnités déjà perçues au titre du contrat. L'assuré doit en outre, payer les intérêts sur ces sommes à compter du jour où il les a perçues, car il l'a fait indûment et de mauvaise foi. Les primes arrivées à échéance, payées et impayées sont acquises à l'assureur au titre de dommages et intérêts.

La connaissance de cet article, par les assurés ou souscripteurs, devrait leur permettre de ne pas poser l'acte de fraude qu'est la fausse déclaration de mauvaise foi. Aussi, nous préconisons que cette disposition du code CIMA soit explicitement rappelée au souscripteur dans le questionnaire médical.

a.1.2. La fausse déclaration de risque faite de bonne foi

La fausse déclaration, même si elle était faite de bonne foi est sanctionnée. Et, la sanction prévue au titre de cette fausse déclaration est prévue par l'article 19 du code CIMA. Cet article prévoit deux situations à savoir, la découverte de la fausse déclaration intervenue avant sinistre et celle intervenue après sinistre.

¹ Il s'agit des caractéristiques juridiques suivantes du contrat d'assurance: consensuel (la conclusion du contrat parfaite dès l'accord des parties), synallagmatique (chacune des parties a des droits et obligations réciproques), aléatoire (l'exécution du contrat dépend de l'aléa), onéreux (le contrat n'est gratuit ni pour l'assureur ni pour l'assuré), successif (le contrat s'exécute dans le temps), d'adhésion (l'assuré ne peut qu'adhérer ou non aux termes du contrat parfaitement connus de l'assureur) et de bonne foi (l'établissement du contrat est basé sur les déclarations de l'assuré, et l'assuré exprime sa confiance en l'assureur en payant sa prime).

- En cas de découverte de la fausse déclaration avant la réalisation du sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat. Cette résiliation doit être faite 10 jours après notification à l'assuré, par lettre recommandée, en restituant la portion de prime correspondant au temps compris entre la date de résiliation du contrat et la date d'échéance annuelle.

- En cas de découverte de la fausse déclaration après sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de prime payé par rapport à celui qui aurait été si, la déclaration du risque était correctement faite. La règle proportionnelle de prime s'appliquera, peu importe que le sinistre ait un rapport ou non avec l'omission ou la déclaration inexacte. En d'autres termes, la règle proportionnelle de prime implique que, l'indemnité soit réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Toutefois, l'article 19 ne s'appliquera qu'aux prestations en nature, les prestations en espèces étant soumises au principe forfaitaire, c'est-à-dire que les parties sont libres de fixer comme elles l'entendent la somme que devra verser l'assureur en cas de sinistre.

Il peut cependant arriver que, pour des raisons commerciales, l'assureur n'applique pas les dispositions des articles 18 et 19 sus évoqués; il préférera donc malgré la découverte de cette fausse déclaration non intentionnelle, maintenir l'assuré dans son portefeuille.

a.2. La prévention par le contrôle

Nous considérons le contrôle, ici, comme un ensemble de sécurités en vue de la maîtrise des erreurs et fraudes. Ce contrôle résulte du choix et de la mise en œuvre de méthodes, de moyens humains et matériels adaptés à l'entreprise, et propres à prévenir, ou tout au moins à révéler les erreurs et les fraudes.

Le principal objectif de ce contrôle est donc de prévenir, ou de révéler sans retard les fraudes, contrôler l'exactitude des informations et assurer l'application des instructions de la direction.

Il s'agit essentiellement du contrôle de l'activité des courtiers (ASCOMA et GRAS SAVOYE) ayant mandat de gérer des sinistres pour le compte d'AXA Assurances Gabon, ce d'autant plus que près de 75% des assurés d'AXA Assurances Gabon sont apportés par les courtiers. Il sera ainsi fait un contrôle sur des pièces fournies au courtier par les assurés ainsi que les prescripteurs de soins, et un contrôle sur place chez le courtier.

a.3. Les contrôles à priori sur pièces

Des exemplaires des prescriptions et ordonnances délivrées par les praticiens, ainsi que les fiches de déclaration maladie remplies par les assurés, et qui servent de base de remboursement, doivent être transmis au département santé d' AXA Assurances Gabon par les courtiers gestionnaires. En effet, les centres de soins et/ou les patients se doivent de transmettre à la compagnie des photocopies desdites pièces car, sur la base de ces documents, le service sinistre doit tenir ses propres états de sinistres qu'il rapprochera avec ceux qui lui sont envoyés par des "courtiers gestionnaires". Les écarts constatés par AXA Assurances Gabon feront l'objet d'une séance d'explication entre les courtiers (ASCOMA et GRAS SAVOYE) et le service santé.

En outre, les prescripteurs et établissements de soins devront transmettre directement à AXA Assurances Gabon, les notes de frais médicaux en plus de celles qu'ils transmettent aux courtiers. Ces notes de frais médicaux devront faire ressortir la date et la nature de la prestation, le nom de l'assuré, le numéro de police et le numéro de la carte du patient, le coût total de l'acte médical ainsi que le ticket modérateur payé par l'assuré. Et, c'est après avoir comparé les états de sommes dues envoyés par les courtiers et les prestataires de soins, et les états établis par AXA Assurances Gabon qu'il sera effectué le remboursement des fonds aux courtiers et ce, notamment après avoir effectué un contrôle sur place chez le courtier.

a.4. Les contrôles à priori sur place

Divers documents sont à la disposition d'AXA Assurances Gabon auprès des courtiers. Il s'agit des bordereaux, des registres d'actes médicaux ou pièces relatives aux opérations effectuées pour le compte de la compagnie. Un contrôle de ces documents doit se faire très régulièrement.

Mais, AXA Assurances Gabon n'effectue pas, à ce jour, ce contrôle auprès des courtiers. Cette situation constitue une occasion pour les courtiers de se livrer à des actes de fraude.

Ce contrôle sur place devra permettre à AXA Assurances Gabon, d'effectuer des rapprochements entre les pièces qu'il détient et celles détenues par le courtier, afin de dégager des écarts, et de pouvoir suivre très régulièrement les mouvements effectués par les courtiers pouvant in fine avoir un impact sur sa trésorerie.

B. Au niveau de la protection des risques de fraudes

La protection des risques consiste à mettre en œuvre des mesures, après la survenance d'un sinistre, pour neutraliser les conséquences de la fraude sur les résultats d'une organisation. La mise en place de ces instruments de protection peut également se faire avant la survenance de l'évènement. Il s'agit donc pour AXA Assurances Gabon d'agir sur les conséquences financières de la fraude, cherchant ainsi à limiter son impact ou à le neutraliser.

Les mesures de protection que nous proposons consistent en une identification des bénéficiaires, et un contrôle de la consommation médicale.

b.1. L'identité des bénéficiaires

Il est question de contrôler l'identité des bénéficiaires. En d'autres termes, il sera vérifié si les personnes bénéficiaires de soins y ont effectivement droit.

A cet effet, les listes des bénéficiaires devront être communiquées aux établissements de soins conventionnés par le département santé d'AXA Assurances Gabon.

Par ailleurs, il est judicieux que, tous les bénéficiaires d'un contrat maladie soient explicitement limités aux seuls conjoints et enfants à la charge du chef de la famille d'assuré. Cela permettra d'éviter d'une part des incorporations d'affiliés de la part de l'assuré principal par solidarité familiale, et d'autre part d'accroître, à terme, la charge financière des sinistres.

b.2. Le contrôle de la consommation médicale

Un contrôle de l'assuré relatif à sa consommation médicale est nécessaire. En effet, certains assurés estimant payer trop cher les garanties par rapport à leur revenu, chercheront à abuser de ces garanties, et le risque de fraude sera d'autant plus élevé que le rapport prime/revenus est élevé.

A cet effet, l'assureur doit tenir mensuellement les états de la consommation médicale, par nature (pharmacie, hospitalisation, analyse, l'optique,...) de chacun de ses assurés, et identifier les assurés surconsommateurs. Périodiquement, ces états statistiques seront présentés et expliqués aux assurés trimestriellement. Il leur sera concomitamment présenté, par extrapolation, ce que

représenterait leur consommation médicale à la date de renouvellement de son contrat, ainsi que les ajustements de primes nécessaires.

En outre, il est judicieux que le médecin conseil, lors de la présentation de ces statistiques à l'assuré, lui prodigue des conseils (hygiène, alimentation, visites médicales,...) relatifs à des mesures de prévention de certaines maladies.

Pour encourager les assurés à réduire leur consommation médicale, nous pensons qu'il est également nécessaire qu'il soit envisagé un système d'ajustement de certains plafonds de remboursement, en fonction du taux de sinistralité des deux dernières années de garantie. Il s'agit d'un ajustement des plafonds pour toute l'année suivante.

Nous proposons donc la clause d'ajustement suivante :

Taux de sinistralité (%) de N-1 à N-2	Ajustement du plafond (%) pour 1 an
De 0 à 0,55	+ 15
De 0,56 à 0,65	+ 10
De 0,66 à 0,75	Plafonds inchangés
De 0,76 à 0,99	- 10
De 1 à 1,20	-15
De 1,21 à 1,40	-25
De 1,41 à 1,60	- 30
1,61 à 1,80	- 40
1,81 et plus	- 50

Ces plafonds pourraient concerner des prestations telles que les frais pharmaceutiques et l'optique dont le coût moyen (montant total des indemnités / nombre des sinistres) peut, en général, être très élevé par rapport aux autres prestations.

Ce plafonnement pourra, dans un premier temps, être appliqué à un échantillon de l'ensemble du portefeuille. Nous pensons, à cet effet, qu'il sera plus judicieux de choisir comme échantillon l'ensemble du personnel assurés d'AXA Assurances Gabon. En effet, il sera sans doute plus aisé de leur expliquer et de leur faire comprendre l'objectif d'une telle mesure ; c'est-à-dire in fine l'amélioration des résultats de la branche. Cette mesure, si elle arrive à être appliquée à ce niveau, pourrait permettre d'avoir une idée sur les comportements de consommation médicale. Et, il sera possible ainsi par extrapolation de l'appliquer si possible à l'ensemble du portefeuille.

Il s'agit de considérer la sinistralité (charge de sinistres / primes acquises) et le nombre de sinistres des deux dernières années (N-1 à N-2) précédant l'application de l'ajustement du plafond. Et, cet ajustement sera valable uniquement pour la prochaine année d'assurance.

Avec cet ajustement, nous pensons réguler à la baisse les dépenses de santé en poussant les assurés à consommer moins des actes médicaux comme les frais pharmaceutiques et d'optique.

Outre, cette approche pratique de la réduction des risques, il y a une approche médicale qui peut permettre de contrôler les fraudes.

2/ L'approche médicale de la maîtrise des risques de fraude

Un contrat santé comporte un certain nombre d'exclusions des frais exposés à la suite de maladies ou accidents (occasionnés par la guerre étrangère, la guerre civile, les émeutes ou les mouvements populaires, occasionnés intentionnellement par l'assuré, survenus avant la prise d'effet de la garantie pour chaque bénéficiaire et les maladies dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion, résultat de toxicomanie, les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, etc.) car, l'assureur se soucie d'offrir aux assurés des couvertures à moindre coût. Ces exclusions ne doivent, toutefois, pas donner l'impression aux assurés qu'ils paient inutilement des primes.

Mais, les risques que l'assureur estime susceptibles d'engendrer des fraudes doivent être explicitement exclus, ou faire l'objet d'une majoration de prime avec entente préalable entre l'assureur et l'assuré.

A. Les risques à exclure et les produits nécessitant une entente préalable

Dans le but d'éviter qu'AXA Assurances Gabon ne prenne en charge des risques certains, nous pensons que l'exclusion des affections, outre les exclusions généralement admises, soit appliquée. Il s'agit des affections dont la première constatation est antérieure à la date de prise d'effet du contrat, et qui peuvent encore être en évolution pendant l'exécution du contrat, bien qu'elles aient été déclarées ou non dans le questionnaire médical.

Toutefois, si l'assuré souhaite que ces maladies ne soient pas exclues, AXA Assurances Gabon appliquerait une surprime conséquente.

Il s'agit des affections telles que : l'hyper tension artérielle et le diabète, surtout lorsqu'elles sont associées ; *les cancers, les ulcères, la drépanocytose et l'hépatite*. Ces affections exclues, doivent figurer dans les conditions générales du contrat en vue d'informer explicitement les assurés de ces exclusions.

a.2. Les produits nécessitant une entente préalable

Compte tenu du coût élevé de certains produits pharmaceutiques, il est judicieux que les frais engagés pour leur achat soient remboursés par AXA Assurances Gabon que s'il y a eu une entente préalable, entre la compagnie et l'assuré quant à leur utilisation contre des affections médicales ou chirurgicales garanties.

Nous pouvons proposer : les produits antiulcéreux tels que, les anti-rétroviraux (contre le VIH), les traitements hormonaux spécifiques, les anticancéreux, certains antifongiques tels que le *Triflucan*, le *Chibroproscar* (traitement des troubles urinaires liés à un *adénome*¹), *les radios ou échographies spécialisés* (prostate, thyroïde, etc.) non effectuées en cours d'intervention. Ces produits pourront être exclus à cause de leur coût souvent élevé.

Cependant, si pour des raisons commerciales ces produits ne peuvent être exclus, une surprime devrait être appliquée.

En dehors de ces risques et produits à exclure, AXA Assurances Gabon peut prévoir des délais de carence ou d'attente sélectifs.

B. Instauration des délais d'attente sélectifs et des délais de carence

b.1. Mise en place des délais d'attente

Un délai d'attente, encore appelé délai de stage, est une période au cours de laquelle, l'assureur ne procède à aucun remboursement bien que le contrat ait prit effet.

Nous rappelons que ce délai est prévu afin d'éviter, la prise en charge de risques déjà réalisés, et déroger ainsi à une des caractéristiques du contrat d'assurance qui est l'aléa. L'exécution du contrat d'assurance dépend en effet de l'aléa.

¹ Adénome : c'est une tumeur bénigne qui se développe à partir d'un tissu glandulaire.

Il est donc judicieux qu'AXA Assurances Gabon prévoit explicitement, dans les conditions générales de sa nouvelle formule d'assurance maladie (assurance de groupe et famille uniquement), des délais d'attente. Mais, pour qu'une telle mesure soit commercialement réaliste, compte tenu du caractère concurrentiel du marché, il sera concomitamment mené une politique marketing et d'information pour pouvoir faire accepter aux clients de tels délais.

Dans un groupe, AXA Assurances Gabon cherchera à relever par exemple le nombre de femmes en grossesse dès l'entrée en vigueur du contrat, et à apprécier le nombre de personnes souffrant de maux d'yeux ou portant des lunettes car, plus le nombre de personnes portant des lunettes est élevé plus la compagnie risque de grever les frais liés à la lunetterie.

Ces délais doivent être de 2 mois pour la maladie (frais médicaux et pharmaceutiques), de 9 à 12 mois pour la maternité, de 2 ou 3 mois pour les prothèses dentaires et la lunetterie.

Ces mesures bien que n'étant pas commerciales, peuvent permettre à l'assureur d'éviter de prendre dans un groupe un trop grand nombre de risques certains, et de pouvoir obtenir certainement des produits financiers des primes encaissées.

b.2. La mise en place des délais de carence

Des délais de carence doivent concerner des maladies chroniques et les tumeurs telles que les kystes, la leucémie, etc. Ces délais concernent aussi les affections pour lesquelles le malade est susceptible de rechuter. Nous pensons également qu'il est nécessaire qu'un délai de 6 mois soit instauré pour les maladies nécessitant un lourd traitement comme le diabète. Et Pour les maladies dont la période d'incubation est courte, nous proposons un délai de carence de 15 jours (varicelle, rougeole et choléra).

Au delà de ces approches pratiques et médicales, la maîtrise des fraudes peut également se faire par une approche par le contrôle des activités aussi bien de production que de règlement des sinistres.

Section 2 : Approche par le contrôle des activités de production et de règlement

Il s'agit d'une vérification de l'ensemble des mesures concourant à la maîtrise des fraudes, au sein du service santé, partant de la production au règlement des sinistres. Il se manifeste par une vérification des informations fournies par le souscripteur à l'entrée de l'assuré dans le contrat, et à un examen des pièces justificatives de remboursement ainsi qu'une confrontation des pièces détenues par le service règlement à celles détenues par le courtier.

A cet effet, il sera effectué tout d'abord un contrôle de l'activité de production, ensuite un contrôle de l'activité de règlement. Précisons toutefois que, nous apportons ici quelques pistes de réflexions pouvant, dans une certaine mesure, venir en appui aux contrôles déjà en cours au sein du Département.

1/ Le contrôle de l'activité de production

Le contrôle de l'activité de production s'effectuera au début du contrat et pendant les opérations d'incorporation de nouveaux assurés dans le contrat.

A. Les contrôles au début du contrat

Des contrôles sont nécessaires dès la souscription du contrat d'assurance Santé. Précisons que certains contrôles sont actuellement effectifs dans le service tels que:

- La double vérification des polices par le producteur et le responsable du département avant la saisie.

Mais, pour une plus grande efficacité, nous pensons que cette vérification doit également se faire après la saisie de la prime.

Cette vérification permettra d'être certain de l'exactitude des clauses contractuelles et de limiter les risques de fraudes et d'erreurs.

- La vérification de l'exploitation du questionnaire médical lors de l'établissement du contrat, par le médecin conseil.

Outre le contrôle effectué par le médecin conseil, nous pensons qu'un autre contrôle doit être fait par le responsable du département.

En vue de l'optimisation de ces contrôles, nous proposons l'examen systématique de la cohérence des réponses données par le souscripteur. Cet examen pourrait permettre de détecter les fausses déclarations éventuelles.

B. Les contrôles lors des incorporations

Les opérations d'incorporation consistent à introduire de nouveaux assurés ou affiliés dans un contrat groupe (ou famille). Cette incorporation est notamment constatée par un avenant dit avenant d'incorporation.

De même qu'à l'entrée des assurés dans le contrat au sein du service Santé, certains contrôles sont déjà effectifs lors des incorporations. Il s'agit notamment des contrôles tels que :

- L'exploitation, à travers le bulletin d'adhésion, des informations relatives aux assurés nouvellement incorporés dans un contrat avant tout ajustement de prime au prorata. Cette exploitation permet de savoir plus ou moins l'état de santé réel de l'assuré. Nous pensons que cette exploitation du bulletin d'adhésion permettra de savoir si un délai d'attente doit être appliqué.
- La révision systématique de toutes les polices. Cette révision permet de s'assurer qu'elles sont conformes au barème tarifaire, avant la saisie et avant la perception de la prime au prorata.

Pour optimiser ces contrôles, nous pensons qu'il est nécessaire qu'il soit effectué systématiquement un contrôle de ces incorporations dans le module de souscription du logiciel (ISOPAC).

2/ Le contrôle de l'activité de règlement des sinistres

A. Les vérifications de la saisie des sinistres lors de la validation technique

A ce niveau, nous pensons que toutes les vérifications des saisies doivent être renforcées.

A cet effet, nous proposons en plus des vérifications qui se font à partir des polices :

- Une vérification informatique du respect des limites territoriales dans lesquels les soins ont été apportés à l'assuré. Cette vérification doit être effectuée lors de la validation technique, par le

responsable du département et la Direction Générale dans la mesure où, elles sont modifiables dans le logiciel lors des saisies ;

- Cette vérification informatique doit être effectuée aussi pour la période de validité (date d'effet et d'échéance) du contrat pour les mêmes raisons que les limites territoriales.
- La vérification que les assurés ne sont pas fictifs, même s'ils figurent explicitement dans la police par un autre examen après saisie de la liste des affiliés transmise par le souscripteur (entreprise).

Outre ces vérifications internes, la vérification au niveau des courtiers doit être effectuée.

B. La vérification des règlements effectués par les courtiers

Le fait que les contrôles sur place des pièces justificatives des remboursements ne soient pas systématiquement effectués, nécessite un contrôle au sein du service santé de la compagnie.

Ces contrôles des règlements effectués par les courtiers ASCOMA et GRAS SAVOYE qui ont un mandat de gestion, doivent se faire lors de la réception des bordereaux de règlement.

En effet, le département santé devrait demander systématiquement aux courtiers des copies des pièces justificatives. Ces pièces justificatives seront notamment utilisées lors du contrôle sur place des pièces originales détenues par le courtier, avant que ne lui soit remboursés les sommes versées aux assurés au titre de règlement des sinistres.

Outre ces aspects pratiques nécessaires à la maîtrise des fraudes, nous proposons également des approches plus techniques.

Chapitre 2 : APPROCHE TECHNIQUE DE LA MAITRISE DES FRAUDES **PAR L'INSTAURATION D'UNE MARGE DE SECURITE ET LA** **GESTION DES DONNEES STATISTIQUES**

Notre objectif, dans ce chapitre, est de permettre à AXA Assurances Gabon d'élaborer une prime à même de lui donner la possibilité de supporter au mieux l'impact des fraudes sur l'équilibre technique, et adaptée au niveau de consommation des assurés.

Section 1 : Instauration d'une marge de sécurité dans la prime

La prime d'assurance est la contrepartie de l'obligation d'indemnisation de l'assureur. La prime "**commerciale**" due par l'assuré est constituée par la "**prime pure**" augmentée des chargements. Cependant, il est judicieux pour l'assureur de toujours prévoir une marge de sécurité dans sa prime totale (prime commerciale).

Mais, pour mieux comprendre l'importance de cette marge de sécurité, nous pensons qu'il est nécessaire de comprendre comment est déterminée généralement la prime maladie des compagnies d'Assurances.

1/ Le calcul de la prime en assurance maladie

A. La prime pure ou prime technique

La prime pure est le montant du sinistre moyen auquel devra faire face l'assureur pour le risque ; c'est donc l'espérance des pertes.

La prime pure est la part de prime nécessaire et suffisante permettant le paiement intégral du sinistre. Son calcul a pour but d'évaluer, pour chaque assuré ou prospect, le montant des sinistres pour

la période d'assurance étudiée. Elle représente 65% de la prime commerciale¹. On l'appelle aussi le coût statistique du risque.

Le taux de prime, ainsi que la valeur des capitaux assurés sont fonction de l'importance du risque maladie à garantir, telle qu'elle résulte, notamment, des déclarations faites par l'assuré au moment de la souscription du contrat. Il est fixé en fonction de la fréquence et du coût moyen des sinistres, sur des bases statistiques.

a.1. La fréquence des sinistres maladie

La fréquence est déterminée, par référence au recensement statistique des sinistres maladie passés, groupés en actes médicaux de même nature.

On peut penser, par exemple, que dans un groupe d'assurés la maladie va affecter 15 assurés sur 10000 sur une année. La fréquence de ce type de sinistre sera alors exprimée selon le rapport 15/10000e.

Un autre paramètre fondamental de la prime pure est le coût moyen de la maladie.

B. La détermination du taux de prime

b.1. Le coût moyen de la maladie

En divisant le coût total des sinistres par leur nombre, on arrive à un coût moyen. Ainsi, par exemple, sur 15 assurés, 4 peuvent être hospitalisés, 5 effectués des achats de médicaments et 6 des consultations ou visites (honoraires médicaux). Si, en moyenne le coût total peut être évalué à 60% des capitaux assurés, et pour une valeur des remboursements assurés de 1000 unités monétaires (um), le coût moyen sera de $1000 \times 60\% = 600$.

Taux de prime = fréquence × coût moyen de la maladie.

Dans l'exemple précité, le taux de prime sera de $15/10000 \times 600 = 0,9$ pour 1000 um assurés.

1 Il s'agit ici d'une détermination de la prime commerciale basée sur des normes statistiques françaises et qui tendent à suivre la composition de la prime à chaque stade de coût. L'hypothèse théorique de la prime commerciale : coût statistique (prime pure ou sinistre = 65%) + frais généraux liés à la gestion du risque (7%) = **Prime de risque (prime suffisante pour couvrir à la fois le sinistre et les frais de gestion de ce sinistre = 72%)**. Prime de risque (72%) + commissions d'acquisition (20%) + frais généraux liés à l'acquisition du risque (8%) = **coût global d'acquisition (28%)**. D'où la **Prime commerciale** payée par le client = Prime de risque + Coût global d'acquisition.

Tous ces éléments qui servent à déterminer la prime comportent une part d'imprévu au cas où la sinistralité serait plus lourde que prévu à cause des fraudes massives.

Cependant, pour que des fraudes à l'assurance santé ne viennent compromettre les résultats de la branche maladie, l'assureur doit veiller à l'équilibre de la branche par l'instauration d'une marge de sécurité comme mesure de protection.

2/ L'instauration d'une marge de sécurité

Il s'agit ici, pour AXA Assurances Gabon, de prévoir dans sa prime commerciale maladie un moyen de protection après la survenance des fraudes en assurance santé. Ces fraudes sont susceptibles de compromettre l'équilibre de la branche maladie. Cette protection est constituée par un chargement de sécurité. Car, la rentabilité lui permet de maintenir son potentiel de production (chiffre d'affaires) ou l'accroître, et lui permet par ailleurs de rémunérer l'Etat, les employés, les prêteurs de fonds et les actionnaires.

Bien qu'il soit possible que ce chargement rende la prime un peu plus chère, nous pensons que la rentabilité de la branche, qui passe nécessairement par son équilibre, doit primer sur la recherche du chiffre d'affaire.

A. Présentation du chargement de sécurité

a.1. Le chargement de sécurité et la formulation de la prime

Nous avons vu précédemment que la définition de la prime requiert le respect d'un certain nombre de principes parmi lesquels le principe d'adéquation.

En effet, la prime doit permettre, outre la couverture des frais nécessaires à l'indemnisation des sinistres, les frais d'acquisition des contrats, les frais de gestion et les impôts, de couvrir la part d'imprévu que recèle les éléments constitutifs de la prime.

Le but recherché est de maintenir l'équilibre du contrat; il est pour cela nécessaire de prévoir une marge de sécurité dans la prime commerciale. Ce chargement de sécurité permet à l'assureur de pouvoir résister à la volatilité des résultats.

La prime commerciale en assurance maladie au sein d'AXA Assurances Gabon doit donc prendre en compte cette marge de sécurité. Cette prime peut être formulée de la même façon que nous avons définie, en sus dans la première partie, la prime commerciale à appliquer aux contrats d'assurance santé. Cette prime sera formulée de la façon suivante :

Prime commerciale = *Sinistre* + *Provisions* + *Frais* + **Marge de sécurité** + Bénéfice – Produits financiers

B. Le taux de chargement de sécurité

b.1. Le taux de chargement admis et la clause d'ajustement

Il est généralement admis par les actuaires (professionnels qui analysent l'impact financier du risque) *un chargement de sécurité de 5%*.

L'équilibre du contrat d'assurance Maladie peut être maintenu ou recherché en majorant ou en diminuant la prime. Un mécanisme, la clause d'ajustement, est prévu à cet effet et permet de fixer à chaque renouvellement, la nouvelle prime en fonction du rapport Sinistre sur Prime (S/P)¹ calculé à la fin de l'exercice. Bien que ce mécanisme batte en brèche le principe de la mutualité, il permet à AXA Assurances Gabon de faire participer un peu plus les assurés les plus sinistrés.

Toutefois, dans le cas où l'ajustement devra se faire à la hausse, l'aspect communication devrait être pris en compte pour que le client comprenne la nécessité d'un tel ajustement.

Le pourcentage d'ajustement est déterminé en tenant compte du chargement d'acquisition (les commissions versées aux intermédiaires 20%) et du chargement de gestion pour 15% (la somme de frais généraux liés à la gestion du risque 7% et des frais généraux relatifs à l'acquisition du risque 8%).

Afin de visualiser à quel moment l'équilibre du contrat sera atteint compte tenu de la clause d'ajustement, nous utilisons la clause d'ajustement des primes suivantes :

¹ le calcul du S/P doit tenir compte de toutes les primes acquises à l'exercice tous les sinistres déclarés et admis à la date d'échéance. Pour rattacher le sinistre à un exercice, on tiendra compte de la date de la réclamation plutôt que de celle du fait générateur, c'est-à-dire la Maladie.

RAPPORT S/P	POURCENTAGE D'AJUSTEMENT
De 0 à 30%	Réduction de 15 %
De 31% à 50%	Réduction de 20 %
De 51% à 55%	Pas de changement
De 56% à 80%	Majoration de 25%
De 81% à 100%	Majoration de 45%

Dans cette clause d'ajustement, l'équilibre du contrat sera atteint lorsqu'on a :

- 51% de la charge de sinistre,
- 17% de chargement d'acquisition,
- 27% de chargement de gestion,
- **05% de chargement de sécurité.**

La borne supérieure de cette fourchette étant de 55%, cela veut dire qu'ici la prime d'équilibre peut être maintenue à un S/P à 99% ($55+17+27 = 99$), en cas de dépassement la compensation se fera sur les résultats dont le S/P avoisinerait les 51%.

Dans le cas où l'assuré refuserait l'application de la clause, l'assureur pourrait résilier le contrat, dans la mesure où l'équilibre de toute la branche peut être compromise si l'ajustement n'est pas appliqué.

Outre le moyen de protection contre les fraudes, après leur survenance, qu'est la marge de sécurité, la maîtrise des fraudes peut se faire par une gestion des données statistiques gérées par le service santé.

Section 2 : La maîtrise des fraudes par la gestion des données statistiques

L'analyse des données statistiques comme mode de gestion est nécessaire pour donner au département santé d'AXA Assurances Gabon, la possibilité d'élaborer un tarif qui puisse correspondre au niveau de consommation de chacun des assurés.

A cet effet, nous présenterons tout d'abord l'intérêt et les conditions de création d'une base de données, ensuite il sera déterminé les différents axes d'analyse des données obtenues.

Toutefois, précisons qu'en arrivant dans le service pour y effectuer notre stage, nous avons trouvé une réflexion dans ce sens pour les sinistres du bureau direct qui a abouti à un chantier de décompte des frais remboursés aux différents assurés et ce, sinistre par sinistre et de tous les actes médicaux.

Notre réflexion constitue donc ici, un apport supplémentaire en vue de l'optimisation de ce travail utile.

1/ L'intérêt et les conditions de création d'une base de données

Il s'agit ici de définir toute l'importance d'une base de données statistique, ensuite d'étudier les conditions nécessaires à son élaboration.

A. L'intérêt d'une base de données

Pour connaître, mesurer, suivre l'équilibre des contrats et anticiper les évolutions de la consommation médicale, le service santé d'AXA Assurances Gabon doit chercher à établir des statistiques de cette consommation médicale à partir des données à sa disposition.

Cependant, la création d'une telle base de données suppose que le service santé ait à sa disposition un historique de tous les décomptes effectués par les chargés de sinistres. C'est cet historique qui va en effet constituer la base indispensable à la création de données exploitables statistiquement.

Au sein du service santé d'AXA Assurances Gabon, un tel historique de décomptes de la totalité des frais remboursés est en train d'être testé, prioritairement en ce qui concerne les sinistres traités en direct.

Mais il subsiste une difficulté. En effet, la plupart des sinistres maladie étant traités et saisis par ASCOMA et GRAS SAVOYE qui ont un mandat de gestion (environ 75%), nous pensons qu'il est judicieux que le service Santé leur demande après saisie, toutes les pièces justificatives dans le but d'avoir des statistiques plus complètes; ainsi il sera possible d'avoir des statistiques de l'ensemble du portefeuille maladie.

Toutefois, un certain nombre de conditions doit être réuni pour pouvoir créer une telle base de données en Assurance santé.

B. Les conditions de création de la base de données

Pour que la base de données qui est actuellement en création soit optimale, nous pensons qu'elle doit être construite à partir des informations de gestion les plus fiables et les plus exhaustives possibles.

Cette base de données statistiques ne doit donc pas omettre d'intégrer, des informations indispensables que sont :

- les informations relatives aux contrats :

Ces informations comprennent la population assurable, les bénéficiaires potentiels, la date d'effet, la date de résiliation, un numéro d'identifiant (numéro de police ou de convention) les garanties souscrites avec pour chacune d'elles, les dates d'effet et de résiliation, le niveau des remboursements par acte et par garantie, les délais de carence, les franchises et les plafonds associés. Ces informations relatives aux contrats sont données ici à titre de rappel car, la quasi totalité est déjà prise en compte dans la base de données actuellement en construction.

- les informations relatives aux personnes :

Les informations indispensables sont le nom et le prénom, le n° de police, les dates de début et de fin de l'adhésion ainsi que les coordonnées, qui constituent les caractéristiques minimales nécessaires au règlement des dossiers. Par ailleurs, lorsque le contrat le justifie, la catégorie socio professionnelle peut compléter ces informations pour la personne génératrice de droits.

A ces informations s'ajoute, la date de naissance, qui est fondamentale dans le cadre de l'analyse du risque. D'autres variables tout aussi représentatives que l'âge devraient être recueillies pour permettre une analyse approfondie des résultats. Il s'agit de la situation professionnelle, de la qualité des ayants droit et des autres couvertures médicales. La connaissance de ces dernières est importante, car leur non prise en compte peut conduire à sous-estimer significativement les frais réels engagés par rapport au montant restant à la charge de l'assuré.

- Les informations relatives à la consommation :

Chaque acte médical comporte des particularités, et ces dernières obligent le statisticien à les analyser séparément. Aucune analyse ne peut en effet être pertinente à partir de fichiers comportant des informations groupées.

Dans la mesure où les quantités et les coefficients d'actes sont repris pour le calcul du remboursement, des précautions sont à prendre et des données supplémentaires à collecter lors de la saisie.

Les informations à collecter concernent la pharmacie, le dentaire, l'optique et l'hospitalisation car, ce sont les postes les plus importants pour le service santé d'AXA Assurances Gabon.

Nous disons, plus précisément, que les conditions de la mise en place de données sont telles que tout regroupement de plusieurs lignes d'actes lors de la saisie est à éviter. En effet, le cumul risque de fausser les statistiques en dupliquant certaines informations et entraîner ainsi des biais dans les données.

2/ Les axes pour l'analyse des données statistiques recueillies

A. Les informations sur la consommation médicale

Les informations collectées concerneront la population consommatrice des frais de santé et bénéficiant des prises en charge allant de 50 à 80% des remboursements.

Ainsi, des tableaux de bord doivent être établis. Il s'agit de :

- Etat des dépenses annuelles selon le statut du bénéficiaire :

Cet état permettra d'avoir un éclairage quant à la répartition des dépenses de santé à l'intérieur d'un groupe assuré. Cette répartition des dépenses se fera de la façon suivante :

- le montant des dépenses, et l'assuré qui est à l'origine de ladite dépense ;
- le statut : salarié, conjoint ou enfant ;
- le sexe de l'assuré ;

- le pourcentage de la population qui dépense tel ou tel montant des frais médicaux, pharmaceutiques et d'optique;
- Les centres de Santé, prescripteurs et actes médicaux.

Chaque fin d'année, le responsable du service santé tiendra un résumé de cet état qui sera trimestriel.

- **Etat des dépenses annuelles par catégorie d'assurés**

Afin de répartir au mieux les cotisations à la charge de l'employé, cet état doit être établi de sorte qu'il soit possible de mesurer la consommation de chaque catégorie (cadres, agents de maîtrise et employés).

AXA Assurances Gabon, grâce à cet état, devrait niveler ses taux de couverture accordés aux assurés en déterminant le coût moyen par catégorie.

Ces différents états permettront, en outre, au service Santé de faire une analyse des comportements de chaque assuré.

B. Analyse des comportements individuels des assurés

L'analyse des comportements individuels est indispensable car, bien qu'étant un phénomène global, la consommation médicale demeure un phénomène social aux composantes complexes.

Le but de cette analyse est d'examiner si ce sont les mêmes assurés ou non, qui se rendent chez des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires importants, et si ce sont les mêmes personnes ou non qui ont le plus souvent accès au soins de santé et ce, grâce à des statistiques par acte, prescripteur et prescription.

Dans l'affirmative, l'objectif est de rapprocher les individus qui ont, en apparence, le même comportement et de trouver leurs caractéristiques communes susceptibles d'expliquer leur comportement.

Par ailleurs, l'analyse de la consommation est tout aussi importante que celle des comportements individuels.

C. Analyse des comportements de consommation médicale

Dans la consommation médicale, la période de consommation ainsi que le contenu des actes consommés sont importants pour une analyse des comportements de consommation pertinente.

- La périodicité de la consommation :

La périodicité trimestrielle, est un atout non négligeable en termes de gestion du risque. elle permet effectivement d'anticiper assez vite certaines dérives. Mais, cette périodicité trimestrielle ne concerne que des cumuls des états de consommations mensuels.

Ces tableaux permettront de faire apparaître non seulement des résultats d'ensemble, mais également la ventilation par exercice de survenance. Ainsi, un tableau élaboré en année N (temps réel) peut présenter avec une très grande exactitude des sinistres survenus en N, N-1 et N-2. A travers cette ventilation, il sera possible au responsable du département Maladie d' AXA Assurances Gabon de pouvoir estimer la montée en charge des sinistres et de déterminer le pourcentage vraisemblable de tardifs. Il sera également possible de prévoir le montant approximatif des sinistres à survenir en N1 et N2.

- Le contenu de la consommation :

Les statistiques de consommation doivent comporter des postes de dépense importants tels que la pharmacie, l'optique, le dentaire, l'hospitalisation, la lunetterie, etc....Pour chaque poste, il sera répertorié la totalité des frais engagés par l'assuré ayant été remboursés ainsi que la part de ces frais ayant été exclus. La quantité par acte doit être également mentionnée.

Un second niveau d'analyse doit être envisagé pour obtenir au sein de chaque famille d'actes, des statistiques permettant de comprendre le comportement des assurés, de l'anticiper en fonction des techniques médicales et de quantifier les économies possibles à partir d'actions spécifiques. Il repose sur l'établissement de statistiques détaillées basées sur un découpage par acte selon des axes d'analyse permettant de détecter :

- Des coûts moyens trop élevés ;

- Une répartition des frais anormale ;
- Des ratios hors normes ;
- Des prescriptions abusives.

Toutes ces informations permettront la correction des anomalies éventuellement constatées : par une information au sein de l'entreprise auprès des assurés, par une action de l'assureur auprès des prestataires de soins, et par l'instauration ou l'augmentation du ticket modérateur à la charge du patient, par le changement du système de gestion (les assurés gérés en "tiers payant" ayant de mauvais résultats statistiques seront gérés sans tiers payant pour renforcer la surveillance de leur consommation).

AXA Assurances Gabon, réduira aussi le plafond des actes pour lesquels il y a une surconsommation ou les soumettre à entente préalable.

Le but que nous visons en préconisant une analyse des comportements individuels des assurés et celle de la consommation, est de permettre à AXA Assurances Gabon d'optimiser sa politique de sélection des risques à prendre en portefeuille gage d'une rentabilité certaine.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que l'Assurance Santé est un produit à la gestion complexe et à la rentabilité incertaine et peu maîtrisée.

Bien qu'étant un produit très peu apprécié par les assureurs à cause de la faiblesse de sa rentabilité, l'assurance Santé demeure un des moyens à même de permettre d'entrer dans le portefeuille de l'assuré.

Mais, le fait que les principaux acteurs tels que les assurés, les courtiers ainsi que les établissements de soins tentent de tirer le maximum de profit en usant parfois de manœuvres frauduleuses contribue à compromettre les résultats de la branche Santé.

Il s'ensuit que l'Assurance santé, indispensable sur le plan social, apparaît de plus en plus comme un gouffre à sous pour les Assureurs.

Aussi, c'est pour mieux saisir les contours de la question de la fraude en Assurance tout en étudiant les moyens pour y faire face au sein d'AXA Assurances Gabon, qu'il nous est apparu plus judicieux d'étudier les manifestations de la fraude en passant par la présentation des divers systèmes de financement des soins de santé. Puis dans un second temps, il a fallu montrer les différents moyens susceptibles de conduire à la maîtrise des fraudes ainsi qu'à une optimisation des moyens de prévention et de protection existantes au sein du service Santé d'AXA Assurances Gabon.

S'agissant des moyens de financement des soins de santé, il ressort essentiellement des méthodes individuels (prévoyance individuelle) et collectives (organismes publics) d'une part, et des méthodes individuels collectives faisant appel aux Mutuelles et Compagnies d'Assurances d'autre part. Au niveau des manifestations de la fraude, il ressort que celle-ci peut avoir une double origine externe et interne (au sein de la compagnie).

Pour ce qui est de la maîtrise de ces fraudes, nous pouvons retenir principalement diverses approches. Ce sont des approches pratiques et médicales de prévention et de protections contre les différents cas de fraude, ainsi qu'une approche consistant en un contrôle des activités de production et de règlement de sinistres. A ces moyens pratiques et médicales s'ajoutent, des moyens plus techniques consistant en une intégration d'une marge de sécurité ainsi qu'en une gestion des données statistiques du produit " Assurance Santé " pouvant permettre, à terme à la Compagnie, de

mieux connaître le coût des risques assurés, et s'orienter vers une optimisation de ces coûts par type de pathologie.

La finalité de cet ensemble de mesures était de permettre à AXA Assurances Gabon, d'avoir une réflexion complémentaire à celle qui y est actuellement menée, et d'optimiser des mesures actuellement en application pour la maîtrise des fraudes.

Il ressort, de notre étude que, malgré toutes les mesures de maîtrise et de lutte contre la fraude en assurance santé, aucune compagnie d'Assurance à l'instar d'AXA Assurances Gabon, ne peut se prévaloir de maîtriser complètement les différents cas de fraude interne et externe auxquels elle est confrontée régulièrement.

Cette situation est due au fait que, toutes les mesures envisagées doivent aussi tenir compte de la dimension commerciale d'une compagnie d'Assurance.

En effet, la plupart des mesures pratiques et techniques que nous avons envisagées, amènent à une forte sélection des risques qui, si elle n'est pas accompagnée par une politique commerciale idoine, entraîneront une faiblesse des résultats.

Ainsi donc, toute politique de maîtrise des fraudes suppose parallèlement une politique de maintien des assurés et de prospection de nouveaux clients mettant en œuvre des techniques mercatiques et de communication.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I/ OUVRAGES

1. Alix Rouven, Hélène Ruggeri, panorama de l'assurance santé 2000, Edition JALMA ,2000
2. François couilbault, Eliashberg, Latrassé Les Grands Principes de l'Assurance, Editions Argus de l'Assurance, 5^{ème} éditions, pages 305 à 316.

II / ARTICLES, REVUES ET TRAVAUX

1. Assurer n°80, 31 octobre 2006, page 22
2. Argus de l'Assurance n°6752- 14 septembre 2001 page 28
3. L'Assurance Maladie, Caisse Nationale (France) : point d'information mensuel, jeudi 5 juillet 2007 ‘ ‘*contrôle et lutte contre la fraude : comment l'assurance maladie agit et pour quels résultats*’ ’,

III/ RAPPORTS D'ACTIVITES

Rapports d'activités d'AXA Assurances Gabon, éditions 2004 à 2007

IV/ COURS

1. NDOBO Basile, Cours d'Assurances des Risques Divers, IIA , DESSA 18^{ème} promotion, 2006-2007.

IV/ MEMOIRES

1. Dofèrègouô SORO, mémoire de fin de stage, La fraude en assurance maladie : Diagnostic et Theurapeutique, Haute Etudes Assurances (HEA) à l'Institut National Polytechnique de Yamoussikro (Cote d'Ivoire) ,1997-1998.
2. Genéviève NSANG NDONG, mémoire de Maitrise, Evaluation du contrôle interne en matière d'assurance Maladie : UAPG Institut National des sciences de gestion de Libreville (Gabon), Octobre 1992, pages 37 à 47.

3. Kouakou K. Léandre, mémoire de fin de stage, Réflexion sur les conditions de la résorption du déficit de l'assurance maladie en Côte d'Ivoire,

DESSA à L' Institut International des Assurance (IIA), Yaoundé, octobre 1998.

V/ TEXTES LEGISLATIFS

1. Code CIMA, Quatrième édition FANAF, 2007

V/ SITES NUMERIQUES

1. [http://www. ffsa.fr/webFFSA/portailffsa.nsf](http://www.ffsa.fr/webFFSA/portailffsa.nsf)

2. [http://www. cimaonline .net](http://www.cimaonline.net)

3. [http://www. Cerdi. Org/colloque/santé2003/](http://www.Cerdi.Org/colloque/santé2003/)

ANNEXES

Annexe 1 : *Rapport du conseil d'administration : chiffre d'affaires et revenu financier ;*

Annexe 2 : *Articles 18 et 19 du Code CIMA ;*

Annexe 3 : *tableau des garanties AXA Assurances Gabon : Maladie, Chirurgie et Hospitalisation.*

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

1 - Revenus financiers

Rapprochés au réel 2005, ils diminuent principalement en raison
- du taux d'intérêts bancaires
- des dividendes reçus en 2006 moins importants.

EN MILLIONS FCFA	REEL 2005	REEL 2006
Produits de placements	1 015	871
Charges de placements	312	298
Revenus nets	703	573

1 - Chiffre d'affaires

BRANCHES	CA 2005	CA 2006	ES 2006	VS 2005
Automobile	3 245	2 761	-484	-15%
Santé	677	410	-267	-39%
Incendie	1 689	1 873	184	11%
Dom. aux Biens	28	33	5	18%
Aviation	1 338	1 268	-70	-5%
Marine	923	915	-8	-1%
Resp. Civile	441	661	220	50%
Autres	230	216	-14	-6%
TOTAL	8 571	8 137	-434	-5%

Le chiffre d'affaires s'élève à 9,47 milliards contre 13,46 milliards au 31 décembre 2003. Cette baisse provient des branches ci-après:

En Automobile: - 25%

La réduction des garanties observée chez certains assurés lors des renouvellements 2004 due à la récession économique.

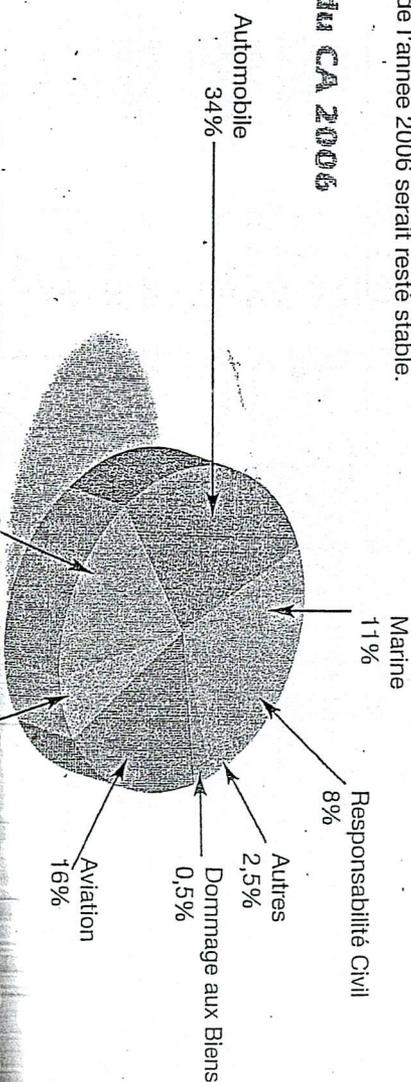
De plus, toujours dans une optique d'amélioration de la rentabilité, Axa Assurances Gabon a décidé de se séparer des risques très sinistrés.

En Santé: - 42%

La diminution du chiffre d'affaires provient de la réduction des garanties exigée par certains clients importants et de la poursuite du redressement technique de cette branche.

En Incendie (-41%) et en Transport (-25%)

Repartition du CA 2006



Le chiffre d'affaires se situe à 8,376 milliards de Fcfa (chiffre d'affaires + variation prime acquise non émise) contre 8,533 milliards Fcfa (chiffre d'affaires - variation de prime acquise non émise), soit en diminution de 2%.

Cette baisse demeure la moins marquée, grâce principalement au regain d'activité enregistré, notamment en direct.

Il convient de noter qu'à périmètre comparable, avec un montant des annulations identique à 2005, le chiffre d'affaires de l'année 2006 serait resté stable.

ARTICLES EXTRAITS DU CODE CIMA, pages 43 et 44

ANNEXE 2

Article 18

Fausse déclaration intentionnelle : sanctions

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article 80, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article 19

Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée ou contresignée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.



TABLE DES MATIERES

	Pages :
SOMMAIRE	I
DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	IV
AVANT PROPOS	V
INTRODUCTION.....	1
<i>Première Partie :</i>	
MODES DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE SANTE ET LES MANIFESTATIONS DE LA FRAUDE.....	4
<u>Chapitre 1 : LES DIVERSES METHODES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET LES FORMES DE CONTRATS D'ASSURANCE SANTE.....</u>	5
<u>Section 1 : Les méthodes de financement des soins de santé.....</u>	5
<i>1/ Les méthodes individuelles et collectives.....</i>	5
A . Prévoyance individuelle.....	5
B . Intervention de l'Etat et autres collectivités publiques.....	6
<i>2/ Les méthodes individuelles collectifs.....</i>	6
A . Les mutuelles d'assurances.....	6
B . Le financement par l'assurance.....	6
<u>Section 2 : Le contrat d' Assurance maladie.....</u>	7
<i>1/ Objet du contrat et les garanties.....</i>	7
A. L'objet et les formes du contrat.....	7
a.1. L'objet du contrat.....	7
a.2. Les formes du contrat maladie.....	8
a.2.1. Le contrat individuel maladie	8
a.2.2. Le contrat famille maladie	9
a.2.3. Le contrat groupe maladie.....	9
a.2.4. L'Assurance complémentaire.....	10
a.2.5. L'Assurance prestations en espèces ou forfaitaires.....	11
B. Les différentes garanties.....	12
b.1. Les différents types de garanties.....	12
b.1.1. La garantie de base.....	12
b.1.2. Les extensions de garantie.....	12
b.2. La tarification.....	14
<i>2/ Les intervenants dans les contrats d'assurances santé.....</i>	14

A. Les intervenants à l'origine du contrat	15
a.1. Le souscripteur du contrat	15
a.2. Les intermédiaires d'assurance	15
a.3. L'assureur	15
B. Les intervenants en cours d'exécution du contrat.....	16
b.1. Le bénéficiaire	16
b.2. Les établissements de soins.....	16

Chapitre 2: EXAMEN DES RESULTATS ET MANIFESTATIONS DE LA

<u>FRAUDE</u>	17
----------------------------	----

Section 1 : Examen des résultats de la branche de 2004 à 2007..... 17

<i>1/ Evolution t de la production de la maladie e dans l'ensemble du portefeuille</i>	17
A. La production.....	18
a.1. Tableau d'évolution du chiffre d'affaires 2004-2007.....	18
a.2. Observations.....	18
B. La part de la Santé dans l'ensemble du portefeuille.....	18
b.1. Tableau d'évolution de la part de l'assurance maladie dans l'ensemble du portefeuille.....	18
b.2. Observations.....	19
<i>2/ Evolution des prestations et des produits financiers</i>	19
A. Evolution des prestations de 2004 à 2007.....	19
a.1. Tableau des prestations et de la sinistralité.....	19
a.2. Observations.....	19
B. Evolution des produits financiers de la branche Santé de 2004 à 2007.....	20
b.1. Tableau d'évolution des produits financiers.....	20
b.2. Observations.....	20

Section 2 : Les différents cas de fraude et le diagnostic pour AXA Assurances Gabon..... 21

<i>1/ les manifestations générales de la fraude</i>	21
A. Les manifestations de la fraude à l'origine du contrat.....	21
a.1. La fraude à la souscription du contrat.....	21
a.2. L'antisélection.....	22
B. Les cas de fraude possibles au sein de la société.....	22
b.1. Les fraudes spécifiques aux chargés de production maladie.....	22
b.2. Les fraudes spécifiques aux chargés du règlement des sinistres maladie.....	23
<i>2/ Les manifestations de la fraude au niveau de AXA Assurances Gabon</i>	23
A. Présentation des procédures de souscription et de règlement en assurance maladie.....	24
a.1. Les procédures de souscription à AXA Gabon.....	24
a.1.1. La présentation du produit et du bulletin d'adhésion.....	24
a.1.2. La mise en place de la police et paiement de la prime.....	24
a.1.3. Incorporations et retraits dans un contrat maladie.....	25
a.2. Les procédures de règlement.....	25

a.2.1. Les contrôles à priori	25
a.2.1. Les contrôles à posteriori	27
B. Le diagnostic des vulnérabilités pour AXA Assurances Gabon.....	27
b.1. Le diagnostic des vulnérabilités au sein du service santé et assistance.....	27
b.1.1. Les postes de production et règlement des sinistres.....	28
b.2. Le diagnostic des cas de fraude externes à AXA Gabon.....	28
b.3. Les fraudes spécifiques aux bénéficiaires.....	29
b.4. La rétention de l'information par les courtiers.....	29
b.5. L'attitude du corps médical.....	30

Deuxième partie :

PROCESSUS DE LA MAÎTRISE DES FRAUDES ET OPTIMISATION DES TECHNIQUES DE PREVENTION ET DE PROTECTION EN ASSURANCE MALADIE AU SEIN DE AXA ASSURANCE GABON.....	32
--	-----------

<u>Chapitre 1 : APPROCHE DE SOLUTIONS PRATIQUES, ET LES MESURES DE SURVEILLANCE.....</u>	33
---	-----------

<u>Section 1 : Approche pratique et médicale de la maîtrise des fraudes.....</u>	33
---	-----------

<i>1/ L'approche pratique relevant de la réduction des risques.....</i>	<i>33</i>
A. Au niveau de la prévention des fraude.....	33
a.1. Les moyens juridiques de prévention.....	33
a.1.1. La fausse déclaration de risque faite de mauvaise foi.....	34
a.1.2. La fausse déclaration de risque faite de bonne foi.....	34
a.2. La prévention par le contrôle.....	35
a.3. Les contrôles à priori sur pièces.....	36
a.4. Les contrôles à priori sur place.....	36
B. Au niveau de la protection des risques de fraudes.....	37
b.1. L'identité des bénéficiaires.....	37
b.2. Le contrôle de la consommation médicale.....	37
<i>2/ L'approche médicale de la maîtrise des risques de fraude.....</i>	<i>39</i>
A. Les risques à exclure et les produits nécessitant une entente préalable.....	39
a.2. Les produits nécessitant une entente préalable.....	40
B. Instauration des délais d'attente sélectifs et de délais de carence.....	40
b.1. Mise place des délais d'attente.....	40
b.2. La mise en place des délais de carence.....	41

Section 2 : Approche par le contrôle des activités de production et de règlement.....	42
<i>1/ Le contrôle de l'activité de production.....</i>	42
A. Les contrôles au début du contrat.....	42
B. Les contrôles lors des incorporations.....	43
<i>2/ Le contrôle de l'activité de règlement des sinistres.....</i>	43
A. Les vérifications de la saisie des sinistres lors de la validation technique.....	43
B. La vérification des règlements effectués par les courtiers.....	44

**Chapitre 2 : Approche technique de la maîtrise des fraude par
l'instauration d'une marge de sécurité et la gestion des
données statistiques.....**

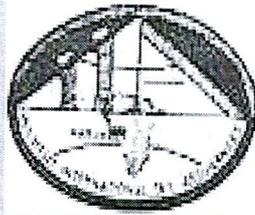
Section 1 : Instauration d'une marge de sécurité dans la prime.....	45
--	----

<i>1/ Le calcul de la prime en assurance maladie.....</i>	45
A. La prime pure ou prime technique.....	45
a.1. La fréquence des sinistres maladie.....	46
B. La détermination du taux de prime.....	46
b.1. Le coût moyen de la maladie.....	46
<i>2/ L'instauration d'une marge de sécurité.....</i>	47
A. Présentation du chargement de sécurité.....	47
a.1. Le chargement de sécurité et la formulation de la prime.....	47
B. Le taux de chargement de sécurité.....	48
b.1. Le taux de chargement admis et la clause d'ajustement.....	48

Section 2 : La maîtrise des fraudes par la gestion des données statistiques.....

<i>1/ L'intérêt et les conditions de création d'une base de données.....</i>	50
A. L'intérêt d'une base de données.....	50
B. Les condition de création de la base de données.....	51
<i>2/ Les axes pour l'analyse des données statistiques recueillies.....</i>	52
A. Les informations sur la consommation médicale.....	52
B. Analyse des comportements individuels des assurés.....	53
C. Analyse des comportements de consommation médicale.....	54

CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	i
ANNEXES	iv
TABLE DES MATIERES	v



Niger



Mali



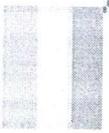
Senegal



Guinea-Bissau



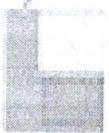
Equatorial Guinea



Côte d'Ivoire



Togo



Benin



Chad



Cameroon



Central African Republic



Gabon



Congo



Sudan

