



CONFERENCE INTERAFRICAIN DES MARCHES D'ASSURANCE
(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

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

E – mail : ija@cameroun.com

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

Yaoundé / Cameroun



**RAPPORT DE STAGE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAITRISE
EN SCIENCES ET TECHNIQUES D'ASSURANCES (MST – A)**

(Cycle II : 10 ème promotion 2010 - 2012)

**THEME : LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE
CAS DU MARCHE TOGOLAIS :
CONSTATS ET APPROCHES DE SOLUTIONS**

Présenté et soutenu par :

ADJELLI Koffivi Donato

Sous la direction de :

ALOGNON- ANANI Akoété

Directeur Technique et Commercial de COLINA TOGO

(Novembre, 2012)

DEDICACE

- *A DIEU seul soit la gloire au plus haut des cieux pour son amour infini dans ma vie.*

- *A mon père ADJELLI Ayao,*
Pour le dévouement avec lequel tu as assuré mon éducation ;
Pour les sacrifices consentis pour ma réussite ;
Que cette œuvre t'honore à jamais.
Je suis plus que fier de toi.

- *A ma mère MISSADJI Afiwa,*

Reçois toute ma reconnaissance à travers ce travail.

- *A mon parrain ALOGNON- ANANI Akoété*
Pour votre attachement à ma personne ;
Pour avoir été l'artisan de mon entrée et de ma réussite à l'IIA ;
Pour la rigueur que tu m'as inculquée ;
Trouve dans ce travail le reflet de ta bonté.
Jamais je n'oublierai tes bienfaits.

- *A mon oncle ADJELLI Kégbalo,*

Pour avoir su être toujours présent dans tous mes moments difficiles ;

Pour ton amour envers nous tes enfants ;

Je te dédie entièrement ce travail.

- *A ma fille ADJELLI AYawavi Shalom et mes enfants à naître,*

Que ce modeste travail soit pour vous un signe d'encouragement

Pour vous exhorter à plus de persévérance et de détermination dans la vie.

REMERCIEMENTS

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos sentiments de profonde gratitude à tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à l'élaboration de ce document en particulier :

- *Monsieur **MAKANGUILE Biriky**, Directeur Général de COLINA-TOGO, pour avoir accepté nous accueillir dans sa structure et avoir rendu notre stage enrichissant.*
- *Monsieur **ALOGNON- ANANI Akoété**, Directeur Technique et Commercial de COLINA-TOGO, pour sa disponibilité dans la rédaction du présent rapport.*
- *Monsieur **KOUTOH Georges**, Chef Service Production Risques Divers et Maladie,
Pour les conseils pratiques et les informations mises à notre disposition au cours de notre stage.*
- *Monsieur **AGUDETSE K. Mawuli**, Chef service sinistre à COLINA-TOGO, pour sa disponibilité dans la rédaction du présent rapport.*
- *A tout le **Personnel**, pour la bonne ambiance de travail qui a régné au cours de notre passage à COLINA-TOGO.*
- *Monsieur **AYEVA**, Directeur Adjoint des Etudes à l'Institut International des Assurances de Yaoundé, pour son soutien moral, matériel et financier.*
- *A Monsieur **DOSSOU-YOVO Jean Raoul**, Directeur Général de l'Institut International des Assurances pour ses conseils à notre endroit.*
- *A tout le **Personnel**, de l'IIA ainsi qu'au corps enseignant.*

SUMMARY

To the term of two years of theoretical formation to the International institute of the Insurances (IIA), the student is submitted to an assessment that takes place in two (02) phases:

- The first is censored by a theoretical assessment of the knowledge acquired by the student during the two years.

- The second that conditions and dedicates the definitive admission is an oral examination for thesis of a report written during a practicum in enterprise.

This report of practicum takes in account two shutters to know the presentation of the insurance company that welcomed us of our convenient practicum and the actual report.

It is in COLINA - TOGO that we had the privilege to make our practicum and our theme of practicum report is" **the fraud in health insurance case of the market Togolese: reports and approaches of solutions** ".

COLINA-TOGO is a society of insurance that exercises solely in the pity branch since 1997. With a turnover of more than 4.000.000.000 of FCFA achieved in 2011, it is classified 3rd on the market of the insurances of TOGO. COLINA-TOGO is member of the group Moroccan SAHAM since 2011.

Our theme of practicum" **report cheats it in health insurance case of the market Togolese: reports and approaches of solutions**" are a theme that we chose because we noticed that in spite of the security that it brings to the insured's, the insurance contract illness endures cases of fraud on behalf of the different parts implied in its management (the insured's, the physicians, the pharmacists) and it is to denounce this cheats that we judged useful to bend on the question.

Our work consisted to:

- The contract illness in his/her/its generality
- The elements of fraud in health insurance
- The consequences of the cheats on the insurer and on the insured's
- And finally we brought approaches of solutions to reduce the fraud.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE COLINA-TOGO

Introduction :	1
CHAPITRE I : La Direction Générale	4
CHAPITRE II : La Direction Technique et Commerciale	5
Section I : La Production.....	5
Section II : Le service Sinistre.....	7
Section III : La Réassurance.....	9
CHAPITRE III : La Direction Administrative et Financière	11
Section I : Le Service Administratif.....	11
Section II : Le service comptable et financier.....	13

DEUXIEME PARTIE : FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE CAS DU MARCHE TOGOLAIS :

CONSTATS ET APPROCHES DE SOLUTIONS

Introduction	16
CHAPITRE I : GENERALITE SUR L'ASSURANCE MALADIE	19
Section I : Le fonctionnement de l'Assurance Maladie.....	19
Section II : intérêt et spécificité de l'Assurance Maladie.....	22
CHAPITRE II : LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE : CAUSES ET MANIFESTATIONS	22
Section I : Les causes de la fraude en Assurance Maladie.....	25
Section II : Les manifestations de la fraude en Assurance Maladie.....	27
CHAPITRE III : LES CONSEQUENCES DE LA FRAUDE ET APPROCHES DE SOLUTIONS	
Section I : Les conséquences sur les parties au contrat.....	30
Section II : Les approches de solutions.....	31
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	36

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE COLINA-TOGO

INTRODUCTION

Le marché togolais des assurances en dehors des courtiers et des agents généraux est animé par onze compagnies d'assurances que sont :

- **COLINA**
- **NSIA**
- **NSIA- VIE**
- **GTA- C2A**
- **GTA- C2A VIE**
- **ALLIANZ**
- **BENEFICIAL LIFE**
- **UAT**
- **UAT - VIE**
- **FEDAS**
- **FIDELIA**
- **MAFUCECTO (mutuelle d'assurances).**

Toutes ces sociétés sont situées à Lomé mais disposent toutefois des agences à l'intérieur du pays. C'est à COLINA-TOGO S.A. que nous avons eu le privilège de faire notre stage de formation.

COLINA-TOGO S.A. est située au 10, Avenue Sylvanus OLYMPIO au centre ville.

COLINA-TOGO S.A. existe depuis 1997. Elle a acquis le portefeuille des Assurances Générales de France (AGF) en 1996. Ainsi, elle se présente au TOGO comme partenaire privilégié en matière d'assurances. COLINA-TOGO S.A. est membre du Groupe marocain SAHAM depuis Mars 2011.

Depuis avril 2007, COLINA-TOGO S.A. est passée, compte tenu de son essor, du statut de succursale à celui de filiale avec un capital de **800.000.000 FCFA** qui est porté à **1.300.000.000 FCFA en 2010**.

COLINA-TOGO S.A. développe harmonieusement ses souscriptions dans les différents risques. Avec un chiffre d'affaire de plus de **4.000.000.000 FCFA** réalisé en **2011**, COLINA-TOGO S.A. est classée parmi les toutes premières compagnies du marché togolais. En matière de solvabilité, de chiffre d'affaires réalisé et de règlement de sinistres COLINA montre ses preuves.

Elle compte parmi les clients de son portefeuille, des entreprises et organisations prestigieuses et de premier ordre de la place tels que :

- **les Ambassades** des Etats Unis, de France, d'Allemagne, du NIGER.
- **des Institutions internationales** comme : PNUD, FAO, OMS, UNION EUROPEENNE, Com - Stabex
- **les sociétés comme** TOGO TELECOM, BRASSERIE BB Lomé, CEET, CAMEG TOGO, La C.E.B., TOGO & SHELL, OMOA TOGO, DHL, SOTOCO, SIVOP, STE, TOGOMETAL, SUN-TOGO, OANDO, Société Aéroportuaire de Lomé et NIAMTOUGOU(SALT)...
- **des O.N.G. ou projets comme** HANDICAP INTERNATIONAL, AIDE & ACTION, INADES FORMATION, WAGES, CIPRES, GRED, DAHW...
- **des banques comme** La BCEAO, BTCL, BSIC, SIAB, BIA, UTB, Banque Populaire d'Epargne et de Crédit, FUCEC, COOPEC SOLIDARITE...
- **des institutions comme** : l'Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest (UCAO), FONDS GARI, EAMAU, Centre de formation bancaire (APB)...

Dotée d'un dispositif informatique standard dans tout le groupe, COLINA a une gestion efficace de son portefeuille. En effet, grâce à ce système informatique la COLINA gère de manière aisée de tâches importantes telles que le suivi et les renouvellements des contrats et le traitement des sinistres.

Il convient de présenter comme le recommande la première partie de notre rapport cette structure qui nous a accueillis tout au long de notre stage pratique.

Ainsi donc, trois (03) chapitres seront consacrés à la présentation de COLINA-TOGO S.A.

Le premier chapitre de la première partie sera donc consacré à la présentation de la Direction Générale, le deuxième chapitre à la Direction Technique et Commerciale puis la présentation de la Direction Administrative et Financière fera l'objet d'un troisième chapitre.

CHAPITRE I : LA DIRECTION GENERALE

La direction générale est dirigée par un Directeur Général.

Cette direction a sous son autorité deux directions que sont la direction technique et commerciale et la direction administrative et financière. Elle regroupe l'ensemble des postes de management global de l'entreprise et se caractérise par une prise en charge d'une double responsabilité à la fois stratégique et opérationnelle.

A COLINA-TOGO S.A, la direction générale assure en amont la définition de la stratégie (objectifs et moyens) pour l'entreprise. Ainsi le Directeur Général a pour rôle :

- l'élaboration des objectifs de modernisation et de développement de l'entreprise,
- la définition des grandes lignes de la politique commerciale, de distribution et de conquête de nouveaux marchés.
- La collaboration avec les partenaires extérieurs à savoir l'Etat, les fournisseurs et les clients.

Plus en aval, ils supervisent et gèrent les moyens organisationnels, techniques, humains, financiers pour réaliser les objectifs qui lui sont assignés par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE II : LA DIRECTION TECHNIQUE ET COMMERCIALE

Elle est chargée de la gestion de l'ensemble des portefeuilles de la société tout en veillant à la bonne réalisation et tarification des contrats.

Le département Technique et Commercial coordonne :

- Le service production
- Le service sinistre.
- Et s'occupe aussi de la réassurance

SECTION I : La Production

Elle est placée sous l'autorité et le contrôle du Directeur Technique et Commercial. Le Directeur Technique et Commercial tient sous ses ordres pour ce qui concerne la production deux chefs service à savoir le chef service production automobile et commercial puis le chef service risques divers.

Paragraphe I: Production automobile et action commerciale

L'assurance automobile occupe une place importante dans le portefeuille de la société COLINA-TOGO en matière d'émission de prime.

Deux raisons expliquent cette augmentation du chiffre d'affaires dans cette branche :

- l'augmentation du parc automobile ;
- et l'institution de la loi n°87/06 du 03 juin 1987 qui rend obligatoire l'assurance automobile surtout la garantie responsabilité civile.

Par ailleurs pour un meilleur équilibre du portefeuille, toutes les sociétés d'assurances du TOGO ont imposé la souscription des garanties vol et incendie pour les véhicules TAXIS et TPV.

Il convient de rappeler que la branche automobile connaît des problèmes d'équilibre dûs essentiellement au fort taux de sinistre que connaît cette branche.

En ce qui concerne le volet commercial de la société, il est assuré par le Chef Service automobile de concert avec le Directeur Technique et Commercial.

Le responsable veille à l'image de marque de la société et se charge de divulgation des produits d'assurance vendus à travers les bureaux directs, les agences, des foires, des sponsorings. Il assure la prospection des sociétés en création, des sociétés déjà assurées et des particuliers. Aussi, il assure et gère les relations entre la société et la clientèle. A COLINA-TOGO S.A., il n'existe pas de vendeurs encadrés, suivis sauf quelques apporteurs simples.

Paragraphe 2 : Risques divers

Les risques concernés sont :

- les Bris de Glaces
- les dégâts des eaux
- l'individuelle Accidents
- la Responsabilité Civile Chef d'Entreprise
- la Responsabilité Civile Chef de Famille
- la Globale de Banque
- le Vol
- l'Incendie
- les risques liés au Transport de Facultés par voies terrestre, maritime et aérienne etc...

Essentiellement ce service s'occupe de :

- l'appréciation, la cotation et la tarification des risques ;
- la rédaction, le traitement informatique des contrats et avenants ;
- l'élaboration des bordereaux de primes ;

- la tenue et suivi des répertoires ;
- le rapprochement des bordereaux avec les saisies informatiques.

La section maladie est chargée de la tarification, du renouvellement des contrats et de l'établissement des propositions d'assurance santé. Elle gère également les sinistres maladies de la déclaration jusqu'au règlement. Concrètement il s'agit pour les employés qui animent cette section de dépouiller, de traiter et de saisir des ordonnances et factures médicales soumis par les assurés.

Une fois le traitement effectué, les régisseurs sinistres contrôlent les décomptes et autorisent les règlements conformément aux termes du contrat et aux dispositions générales qui régissent l'assurance maladie. Il est à noter que la plupart des contrats souscrits sont des « contrats groupes ».

SECTION II : Le Service Sinistre

Le service sinistre est dirigé par un chef service, qui, est placé sous l'autorité du Directeur Technique. Ce service gère tous les sinistres sauf les sinistres maladies.

A COLINA-TOGO S.A. le service sinistre est subdivisé en deux cellules :

- la cellule des sinistres automobiles
- la cellule des sinistres risques divers et transport.

Le service sinistre a pour rôles essentiels :

- réception des déclarations de sinistre
- l'instruction des dossiers sinistres
- désignation des experts pour des sinistres importants
- Le règlement des sinistres.

Paragraphe I : Le Sinistre Automobile

C'est la seule branche du portefeuille IARD où la sinistralité est galopante. Au bureau des déclarations des sinistres, on reçoit principalement les déclarations d'accident de la circulation routière.

Les déclarations reçues sont soit des déclarations directes au siège, soit des déclarations transmises par les courtiers, les agences qui n'ont pas la compétence pour régler les sinistres, soit des déclarations faites par des avocats saisis par des victimes. Notons également que l'on y reçoit des déclarations des bureaux nationaux de la carte brune CEDEAO, informant la société des sinistres survenus à l'étranger.

Tout sinistre déclaré fait l'objet d'une ouverture de dossier. Après l'ouverture de dossier, le sinistre est évalué en attendant la transmission du procès-verbal de constat d'accident. Les experts de la société déterminent les préjudices réellement subis par la ou les victimes. Après son évaluation, le dossier joint au procès-verbal est mis en instruction. Le procès-verbal est le document officiel qui relate les circonstances du sinistre et permet de situer les parts de responsabilité des parties impliquées dans le sinistre.

L'instruction aboutira soit à imputer totalement ou partiellement la responsabilité de l'accident au client, soit à le déclarer non responsable. De là, il peut être fait à la victime, un bon de prise en charge si l'accident est matériel ou une offre d'indemnité si l'accident est corporel dans le respect des dispositions du code CIMA.

Si l'assurance automobile connaît une sinistralité très élevée, il en est autrement pour l'incendie et les risques divers.

Paragraphe 2 : Sinistre incendie et Risques Divers

Dans cette branche, les sinistres sont moins fréquents qu'en automobile. Ces sinistres sont directement déclarés auprès de l'agent chargé de les traiter. Il est à préciser que les sinistres ici ne donnent pas nécessairement lieu à constat de police ou de gendarmerie.

La procédure de traitement des dossiers est pratiquement la même qu'en automobile. Après donc la déclaration, il est ouvert un dossier qui est d'abord instruit puis évalué. Il est demandé le concours des experts pour les réclamations exagérées. Dans certains contrats, la société prévoit une franchise à la charge de l'assuré. Elle vise à inciter l'assuré à agir en « bon père de famille » vis-à-vis du risque.

Pour tout résumé, la Direction Technique et Commerciale fait la production automobile, incendie, risques divers et transports. La production automobile devient cependant prépondérante. Elle cède des risques dépassant sa capacité en réassurance. Enfin, elle règle les sinistres survenus dans les branches dont elle a la charge dans la limite de la garantie accordée.

SECTION III : La Réassurance

Dans l'organigramme de la société COLINA-TOGO S.A. le département réassurance n'existe pas puisque le groupe COLINA a son réassureur COLINA-RE dont le siège est au TOGO qui gère les placements en réassurance de tout le groupe. Les besoins en réassurance sont communiqués à COLINA-RE par le Directeur Technique et Commercial.SA. Ce dernier veille à la bonne exécution des grandes orientations de réassurance adoptées par la Direction Générale.

Le Directeur Technique et Commercial participe :

- à la conception, à la planification et le contrôle des politiques de réassurance de la société ;

- au contrôle des travaux quant à l'application des plans de réassurance adoptés branche par branche ;
- veiller au placement des affaires tant obligatoires et facultatives ;
- suivre et contrôler l'établissement des divers bordereaux, la confection des comptes de cessions ;
- suivre la gestion des sinistres importants ;
- l'établissement des bordereaux de cession des primes et sinistres en suspens ;
- l'établissement des comptes de cession.

La réassurance à COLINA se fait sous ses formes obligatoire et facultative. Sont concernés par la réassurance facultative, les risques qui n'ont pas fait l'objet d'un traité obligatoire ou qui excède le plein de souscription de la société.

CHAPITRE II : LA DIRECTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

Cette direction est chargée de fournir à la direction technique et à la direction commerciale :

- Des ressources matérielles et humaines ;
- Le résultat financier et comptable des différentes activités ;
- Gérer la trésorerie et les actifs de la société.

La direction administrative et financière est composée des services administratifs et des services financiers et comptables.

SECTION I : Le Service Administratif

Il est chargé de doter et de gérer les sociétés de diverses ressources nécessaires pour sa bonne marche. Outre donc la gestion du personnel, ce service s'occupe également des services généraux.

Paragraphe 1 : La gestion du personnel

COLINA-TOGO S.A. compte à ce jour, 31 employés dont 10 cadres, 16 agents de maîtrise et 05 agents d'exécution. Malgré cet effectif, nous avons eu à remarquer une très bonne ambiance vécue au quotidien ce qui a pleinement rendu notre stage et notre séjour agréable au sein de cette société. Bref, nous n'avons pas au cours de notre stage rencontré un problème de collaboration entre employés. Le recrutement à COLINA-TOGO S.A. se fait par test, soit directement.

Dans le but de permettre à ses employés d'être à la hauteur de leurs attributions et de mieux s'imprégner des modifications qui s'opèrent sur le marché des

assurances, COLINA envoie en fonction des besoins certains employés en formation, séminaires etc ...

Il est à rappeler que chaque agent est noté par son ou ses supérieurs hiérarchiques à la fin de chaque année.

Pour motiver son personnel COLINA-TOGO S.A. offre à ses employés certains avantages et gratifications au cours et à la fin de chaque année (13ème mois, la participation bénéficiaire, les moments de récréations à l'intérieur ou à l'extérieur du TOGO).

Paragraphe 2 : Les services généraux

Cette subdivision a pour attributions :

- la gestion des équipements, le matériel et installations de bureau ;
- les imprimés et fournitures de bureaux ;
- les archives ;
- le patrimoine immobilier.

SECTION II : Le service comptable et financier

Les attributions de ce service sont nombreuses :

- établissement des états financiers annuels et préparation des rapports d'activités
- gestion de la trésorerie et des placements
- établissement du budget de trésorerie
- validation du rapport d'activités du recouvrement
- élaboration et suivi du respect du budget global de la compagnie

- suivi de l'échéancier fournisseur et ordonnancement des règlements aux fournisseurs
- analyse des comptes de réassurance et suivi des paiements aux réassureurs
- établissement du bilan.

La gestion financière et fiscale de même que l'exécution des ordres de paiement font également partie des missions assignés à ce service. Dans le souci d'une bonne exécution des tâches, ce service a été subdivisé en deux sections. L'une s'occupe de la comptabilité générale et autre de la trésorerie.

Paragraphe 1 : Le service comptable

La gestion comptable de la société dans son ensemble relève de cette section. Elle tient la comptabilité de la société ainsi que celle des agences. Cette section a pour tâches essentielles :

- l'imputation des encaissements des agences, des courtiers et des particuliers ;
- l'établissement des chèques et des ordres de virement et saisie des décaissements correspondants ;
- la réalisation des inventaires de caisse ;
- la vérification des encaissements de primes avant règlement des sinistres.

Paragraphe 2 : La trésorerie

Cette section a pour rôle essentiel la gestion financière, du suivi de la trésorerie, des placements des rapports bancaires et du recouvrement des créances.

En ce qui concerne les placements ils sont faits selon les règles de limitation, de dispersion, de sécurité et de liquidité telle qu'exiger par le Code CIMA.

Le recouvrement des créances est confié à un bureau spécial. COLINA-TOGO S.A. comme toutes les autres sociétés d'assurances luttent contre les mauvais payeurs. Il est à noter que le manque de rigueur dans l'application de l'article 13 ancien du code CIMA, a laissé beaucoup d'arriérés dans le livre comptable des assureurs. Le manque d'organisation des sociétés d'assurances fait que cette situation s'est empirée d'année en année car les clients insolvables vont s'assurer ailleurs faisant ainsi le tour de toutes les sociétés d'assurances laissant derrière eux des impayés difficilement recouvrables.

Heureusement que l'article 13 nouveau entré en vigueur le 1er octobre 2011 vient régler le problème d'arriérés de primes facilitant ainsi le travail aux recouvreurs et ainsi aux compagnies d'assurance.

Conclusion

COLINA-TOGO S.A. est dirigée par un Directeur Général assisté dans ses fonctions par deux Collaborateurs ayant tous rang et appellation de Directeur. Ces Directeurs qui forment avec le Directeur Général l'équipe de Direction sont respectivement chargés de :

- la direction technique et commerciale
- la direction administrative et financière.

Chaque direction est subdivisée en fonction du personnel nécessité par l'exécution des tâches en département, service, section.

En tout état de cause, les subdivisions internes sont orientées vers une responsabilisation des agents et une déconcentration des tâches ; la finalité étant l'efficacité et la rapidité dans le travail quotidien.

Introduction

L'accès aux soins de santé et aux médicaments est un enjeu majeur qui semble s'éloigner de plus en plus des populations africaines. La dégradation des conditions économiques continue depuis les années 90, avec pour point d'orgue la dévaluation de 1994 ont conduit lentement, mais sûrement à la diminution de la consommation de ceux-ci.

Dans les pays africains au sud du Sahara où il n'existe quasiment pas de caisses publiques d'assurance maladie, les populations sont pratiquement abandonnées à leur triste sort. L'on assiste de plus en plus à une croissance exponentielle des médicaments de la rue très prisés et très sollicités par les populations parce que franchement moins chers.

La sécurité sociale, organisme social de l'Etat, qui autrefois gérât de façon suffisante et satisfaisante la protection des risques d'accidents et de maladies professionnelles des fonctionnaires et des employés n'inspire plus une confiance entière aux assurés. Face à ce tableau sombre, le besoin des populations en matière de santé reste l'accessibilité aux médicaments et à la sécurité des soins.

Les moyens préconisés par l'OMS et les bailleurs de fonds passent par une meilleure connaissance et une pénétration du médicament générique, ainsi que par une réorganisation de la filière santé en privilégiant les petites structures qui couvrent la cellule villageoise, les centres médicaux en passant par les hôpitaux de district et de référence.

Aussi, les mécanismes de financement sont envisagés. Mais tous ces mécanismes ont révélé leur insuffisance.

Devant cette situation, l'assureur se voit interpellé pour combler les insuffisances des prestations de la sécurité sociale.

De tous ces mécanismes, l'Assurance santé devient alors l'un des moyens les plus sûrs pour apporter la sécurité au proposant, mais non sans difficultés car l'assurance santé est un produit difficile et complexe à la rentabilité incertaine et peu maîtrisé faisant intervenir plusieurs acteurs ; reposant sur une clientèle hétérogène et en perpétuelle mutation.

En effet, cette forme de couverture dont les principaux acteurs sont les agents de gestion maladie, les fournisseurs de soins exclut une proportion importante de la population du fait de son coût onéreux et de son caractère sélectif.

Par ailleurs, chacun des acteurs en présence tente d'en tirer le maximum de profit en usant parfois de manœuvres frauduleuses.

Au cours de notre stage à COLINA et nos différentes recherches et investigations sur le marché des assurances du TOGO, nous nous sommes penchés sur la question et avons remarqué que tous les acteurs impliqués dans l'Assurance santé sont concernés par ces fraudes :

- par exemple l'assuré qui fait profiter l'assurance à ses membres de famille,
- société de gestion maladie qui facture des sinistres fictifs à la compagnie d'assurances,
- des fournisseurs de soins qui augmentent leurs tarifs ou prescription d'une manière anarchique et exagérée parce que leurs patients sont couverts par une police d'assurance.

Face à de tels constats, il urge de savoir les origines des fraudes et les moyens de les réduire.

C'est ce qui justifie le thème de notre rapport de stage:

« Les fraudes en assurance maladie cas du marché Togolais : constats et approches de solutions ».

Trois chapitres seront donc consacrés à l'étude de notre thème. La première consistera pour nous d'exposer le contenu du contrat d'assurance maladie et ses modes de gestion, le deuxième chapitre sera consacré aux causes et aux manifestations de la fraude en assurance maladie et dans le dernier chapitre nous proposerons des solutions pour lutter contre ces fraudes.

CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'ASSURANCE MALADIE

Dans sa conception la plus large, l'Assurance santé a pour objet le remboursement des dépenses d'ordre médical et pharmaceutique en cas de maladie, de maternité ou d'accident, d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale.

Section 1 : Le fonctionnement de l'assurance Maladie

C'est de la notion de protection sociale que va naître le concept d'assurance maladie qui offre aux sociétés une protection sociale contre les fléaux auxquels elles sont confrontées.

Paragraphe 1 : Objet de l'Assurance Maladie

Le contrat d'assurance maladie a pour objet de garantir la maladie, l'accident et la maternité de l'assuré et des membres de sa famille si le contrat le prévoit. C'est un contrat qui protège les assurés contre les dépenses en soins médicaux engendrée par une altération de la santé. Chez l'assureur, avant toute prestation, l'altération de la santé doit être constatée par une autorité médicale compétente. Il s'agit généralement du titulaire d'un diplôme de sciences médicales (médecine pharmacie,) reconnu dans son pays et inscrit soit au conseil de l'ordre des médecins ; soit à celui de l'ordre des pharmaciens.

On retiendra donc, que ne peuvent être pris en charge ou remboursés par l'assureur et sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis à vis des dispositions légales, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leurs professions que :

- les actes effectués personnellement par un médecin ;
- ceux effectués par un chirurgien-dentiste ou une sage femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;

- les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite.

Paragraphe 2 : Etendue de l'Assurance maladie

Le contrat maladie comprend différentes garanties. L'assureur rembourse donc en fonction du plafond forfaitaire dans les conditions particulières et la nomenclature des actes médicaux de la compagnie d'assurance (**Voir annexe I**).

Le remboursement porte généralement sur les prestations suivantes :

- **Soins médicaux** : ce sont des actes que pose le médecin sur le malade dans le but de le guérir.
- **Les frais pharmaceutiques** : ce sont les dépenses effectuées par l'assuré dans l'achat des produits pharmaceutiques rentrant dans le traitement.
- **Maternité** : elle englobe les frais liés à l'accouchement.
- **Hospitalisation chirurgicale et médicale** : les frais liés à tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privée pour le traitement d'une maladie.
- **Les frais dentaires** : elle englobe les frais liés aux traitements des dents.
- **Les frais d'optiques** : elle englobe les frais liés aux traitements des yeux.

Les prestations exclues par la garantie de base peuvent faire l'objet d'un rachat dans certains cas moyennant surprime, par des extensions.

Ces extensions peuvent concerner

- **L'évacuation sanitaire**

La garantie ne joue que si le niveau de la technique médicale du lieu où l'assuré est tombé malade ne permet pas d'effectuer sur place un traitement approprié et efficace. Il s'agit donc d'une évacuation médicale imposée. La garantie couvre alors les frais de transport du malade jusqu'au lieu des soins.

- **Les soins à l'étranger**

Le remboursement des soins étant limité au pays de souscription, il peut être utile pour l'assuré, d'avoir la latitude de pouvoir se faire soigner dans un pays médicalement avancé. En général, l'assureur prend en charge les soins exposés à l'étranger en urgence au cours d'un bref séjour dont la durée n'excède pas deux (2) mois.

- **Le rapatriement du corps**

En cas du décès d'un malade précédemment évacué à l'étranger pour des soins de santé, la garantie permet le rapatriement du corps du lieu de décès au lieu de résidence habituel de l'assuré ;

- **Les frais funéraires**

Le contrat peut prévoir le remboursement d'un montant forfaitaire des frais exposés et liés aux frais de mise en bière du corps de formol.

- En plus de ces extensions, certains contrats permettent de couvrir les frais non liés au traitement de la maladie, mais consécutifs à un arrêt de travail pour cause de maladie. Ces prestations en espèces sont couvertes par la garantie « indemnité journalière ».

COLINA –TOGO S.A. a conçu un tableau de prestation pour mieux montrer ces prestations avec les taux de remboursement et un plafond de garantie au-delà duquel l'assuré devient son propre assureur (**voir annexe II**).

Section 2 : Intérêt et spécificité de l'Assurance Maladie

Il convient d'analyser l'intérêt et les caractéristiques de l'assurance maladie

Paragraphe 1 : Intérêt de l'Assurance Maladie

Pour l'assuré, la garantie que procure l'assurance maladie joue un rôle déterminant non seulement en matière de santé mais aussi sur le plan financier. En effet, il est à constater que la plupart de la mortalité dans le monde et surtout en Afrique est causé par le manque de moyens pour nos populations de se prendre en charge une fois malade. L'assurance maladie réduit ce fléau en favorisant l'accès aux soins à ces malades.

La garantie maladie règle beaucoup de problème sur le plan sanitaire. Son objectif est de faire retrouver à l'assuré son état de santé en dépensant moins.

Ce rôle est déterminant dans la mesure où il participe en grande partie au bien-être des assurés.

Il résout aussi le problème d'automédication. Le contrat d'assurance maladie est un contrat qui permet à l'assuré de recevoir des soins d'urgence. Là encore, se fait remarquer le rôle déterminant qu'elle joue en matière de thérapie ; l'assuré à moins de souci lors de la survenance de la maladie.

Pour l'assureur aussi le contrat d'assurance maladie présente un intérêt certain car malgré que ce contrat n'engendre pas pour lui des produits financiers

conséquents et qu'il est en déficit permanent, les assureurs en font un ticket d'entrée dans le portefeuille général de l'assuré. Ainsi donc, les mauvais résultats enregistrés dans cette branche seront alors compensés par les autres affaires apportées d'où l'intérêt pour l'assureur de maintenir un tel produit en portefeuille et donc d'attirer d'autres risques.

Le contrat d'assurance maladie vue sa sensibilité implique une gestion rigoureuse de la part de l'assureur.

Paragraphe 2 : L'Assurance Maladie : un contrat de gestion

Le contrat maladie est un contrat qui nécessite beaucoup d'attention. C'est une garantie de groupe à cause du nombre élevé des assurés. La cadence de règlement est soutenue et cela ne permet donc pas à l'assureur de constituer des dépôts. C'est pour cette raison que la prise d'effet de la garantie doit être subordonnée au paiement de la totalité de la prime.

La tarification en assurance est avant tout fonction des résultats de la branche basée sur les statistiques des années antérieures. Elle est aussi fonction des résultats de la nature des prestations, de la territorialité et du taux de remboursement. Elle est aussi assortie d'une clause d'ajustement (**voir annexe III**) pour régulariser et équilibrer le portefeuille de la branche.

Ces facteurs rendent la gestion du contrat d'assurance maladie rigoureuse.

Malgré cette gestion le contrat d'assurance souffre de nombreuses fraudes qui déséquilibrent le portefeuille de l'assureur.

CHAPITRE II : LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE

- CAUSES ET MANIFESTATIONS -

Une maxime chinoise affirmait : « le mal ne vit pas dans le monde des choses ; il vit uniquement en l'homme. ». De ce fait, la branche maladie n'en est pas épargnée. Elle est généralement déficitaire pour l'assureur à cause des pratiques frauduleuses, la sous tarification, la gestion manuel malgré la sécurité qu'elle apporte aux assurés.

La fraude est l'ensemble des 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.

En effet, nous assistons dans le cadre de l'assurance maladie à des fraudes de plusieurs origines qui dénaturent l'objet de la garantie.

Malheureusement cet état de chose n'est pas seulement le fait de l'assuré mais concerne aussi certains prestataires impliqués dans le contrat d'assurance maladie (l'assuré, le corps médical, les pharmaciens).

Nous avons donc au cours de notre stage déceler les causes des ces fraudes et ce qui les caractérise.

Section 1 : Les causes de la fraude en Assurance Maladie

Les causes à l'origine des fraudes sont diverses.

Paragraphe 1 : Au niveau de l'assuré

La faiblesse du niveau de revenu de la population Togolaise avec pour conséquence l'impossibilité pour les salarié de tenir le mois avec leur revenu pousse la plupart des assurés à considérer l'assurance maladie comme une opportunité de se procurer de l'argent en faisant de celle-ci un « second salaire ».

Aussi la culture africaine basée sur une solidarité accrue entre les membres d'une même famille voire au-delà fait que la plupart des gens une fois un travail trouvé font l'objet de toutes les sollicitations de la part de la famille (cousins et frères à aider financièrement, les ordonnances des parents à payer), situation déplorable dans laquelle il est difficile ou même impossible de se soustraire.

Cet état de fait incite l'assuré à poser des actes frauduleux.

Paragraphe 2: Au niveau de l'assureur

La concurrence sur le marché des assurances du Togo et l'objectif accru des assureurs à réaliser un chiffre d'affaires important ne permettent pas aux assureurs du marché de procéder à une appréciation objective des risques que les futurs assurés leur proposent.

Nous avons remarqué au cours de notre stage que presque tous les contrats misent en place par les assureurs sont faits sans une réelle connaissance de l'état de santé des assurés (les maladies antérieures de l'assuré etc....). L'assureur se contente simplement d'envoyer les Bulletins Individuels Adhésions (**B.I.A**) (**annexe IV**) que l'assuré remplit à son bon vouloir en cochant les mentions qui l'avantage.

Aussi, les délais d'attente ne sont pas non plus respectés et l'assureur à la base règle des sinistres certains faussant ainsi le fondement du principe aléatoire qui doit caractériser chaque risques.

Section 2 : Manifestation de la fraude en Assurance Maladie

La fraude en assurance se présente sous plusieurs formes que l'assureur a beaucoup de difficultés en déceler.

Paragraphe 1: La fausse déclaration de l'assuré

Deux cas de fausses déclarations seront étudiés :

A la souscription du contrat

C'est une omission volontaire de la part de l'assuré de donner avec exactitude les informations concernant son état de santé. Elle consiste à édulcorer la description du risque pour être éligible à la souscription ou pour minimiser le montant de sa future cotisation.

L'article 12 alinéa 2 du code CIMA dispose que « l'assuré a l'obligation de déclarer exactement lors de la conclusion du contrat toutes les circonstances connues de lui, qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ».

En effet, en assurance maladie, la souscription passe par une enquête de l'assureur pour mieux s'informer de l'état de santé de son futur assuré.

Afin permettre aux assurés de répondre avec exactitude aux questions que leur posent les assureurs, des questionnaires sont donc rédigés et misent à leur disposition à travers les Bulletins Individuels d'Adhésions (BIA).

Mais force est de constater que les réponses données par les assurés sont souvent fausses et il n'est pas rare de découvrir qu'une maladie dont l'assuré affirme ne jamais avoir été atteint fasse l'objet d'une déclaration quelques jours seulement après la souscription du contrat.

Au cours du contrat

- **Présentation de fausses pièces médicales :** lorsqu'au cours du contrat l'assuré malade se rend dans un centre de santé pour se faire soigner, il a l'obligation de présenter ses pièces médicales à son assureur pour prouver la véracité des soins reçus. Mais le constat est que beaucoup d'assurés s'arrangent avec des médecins pour se faire établir des ordonnances de complaisance, soit prescrire des produits qui ne rentrent dans le traitement par souci de se faire indûment rembourser.
- **Falsifications des documents médicaux :** Alors qu'il travaillait sur une note des frais médicaux, l'employé d'une compagnie d'assurance s'est aperçu qu'elle présentait une divergence par rapport aux tarifs officiels.

Procédant à une vérification de routine, l'assureur a constaté à sa grande surprise que le médecin concerné n'existait pas. L'assuré a fini par avouer qu'il avait lui-même imprimé les formules d'honoraires, avec l'en-tête d'un médecin fictif. Il avait ensuite écrit les notes et les frais médicaux et les avait présentées pour remboursement à son assureur. Si l'assuré n'avait pas commis cette erreur, la fraude serait très probablement restée longtemps inaperçue.

Paragraphe 2: La fraude liée au corps médical

Notre analyse s'articulera autour de la surfacturation et la complicité avec les assurés.

- **La surfacturation** : Notre enquête dans différentes cliniques montrent que les professionnels de santé s'ils sont en présence d'un assuré gonflent les factures des prestations.

- **La complicité des médecins et des pharmaciens** : c'est aussi l'une des manifestations de la fraude en assurance maladie. L'assuré négocie avec ceux-ci pour établir des factures et des reçus fictifs d'un montant élevé en leur promettant des commissions une fois le remboursement effectué par l'assureur.

CHAPITRE III: LES CONSEQUENCES DE LA FRAUDE ET APPROCHES DE SOLUTIONS

La fraude en assurance maladie est tellement connue que les assureurs ne cachent pas leur indignation face à ce contrat qui est pourtant conçue dans l'intérêt des assurés.

De telle fraude ont des répercussions sur les parties impliquées au contrat.

Dans le développement qui va suivre, nous essayerons de mettre en exergue les conséquences que subissent les assurés et l'assureur et qui sont de nature à fausser la bonne foi qui caractérise le contrat d'assurance maladie.

Aussi, nous apporterons des pistes de solutions que nous avons jugées nécessaires lors de nos différentes enquêtes afin de limiter ou de réduire ces fraudes.

SECTION I : Conséquences sur les parties au contrat

Le contrat d'assurance est un contrat bipartite. L'assureur et l'assuré sont engagés dans l'aboutissement de ce contrat. C'est de la même manière qu'ils sont touchés en cas de fraude. Nous expliquerons l'impact de cette fraude sur chaque partie.

Paragraphe 1: Les incidences sur les assurés

La fraude en assurance maladie entraîne parfois des remboursements répétés. Ces remboursements obligent l'assureur à revoir ses calculs et si la consommation dépasse la normale, il revoie la prime à la hausse afin de régulariser son portefeuille. L'assuré honnête qui paie normalement ses primes subit ainsi l'effet de la fraude et paie ainsi pour le fraudeur.

Paragraphe 2: Les incidences sur l'assureur

A- L'affectation du portefeuille en maladie de la compagnie

La compagnie d'assurance dispose d'un portefeuille en maladie. La fraude en assurance a toujours des répercussions sur le système financier de l'entreprise car c'est un phénomène qui fait dépenser de l'argent à l'assureur à cause du nombre de sinistre élevé qu'elle engendre.

B- Les difficultés rencontrées au remboursement

L'assureur voit son travail retarder en cas de fraude. Il doit rechercher les preuves de cette fraude avant de voir s'il y aura indemnisation ou non. Ces cas de fraude à mettre plus de rigueur à la réception d'un dossier maladie surtout si le dossier présente des caractères douteux. L'assureur peut classer des dossiers qui comprennent des complications pour une enquête vers le centre de soin où l'assuré a subi son traitement. Toutes ces recherches bloquent les procédures de remboursement.

C- L'impact sur la police d'assurance maladie

L'assurance maladie est l'une des plus importantes branches. Cette valeur amène l'assureur à gérer rigoureusement cette prime encaissée pour pouvoir payer les sinistres. Pourtant, les résultats demeurent déficitaires dans cette branche à cause de l'importance des sinistres. Nos recherches ont prouvé que cette branche met en difficulté beaucoup de compagnies d'assurance au Togo, le ratio S/P (Sinistres à primes) tend à être supérieur à 75% ce qui techniquement déséquilibre le portefeuille.

Section II: Les approches de solutions

Pour lutter contre la fraude, les assureurs doivent mener des actions vers les assurés, le corps médical et les pharmaciens pour une campagne de sensibilisation vers une prise de conscience.

L'origine de la fraude réside généralement dans la traditionnelle vertu de solidarité qui existe entre les frères, les amis et les parents, etc. C'est ainsi que les assurés veulent soutenir financièrement les non assurés. Face à cette mentalité, l'assureur doit mettre en place des moyens afin de lutter efficacement contre la fraude.

Paragraphe 1: Les mesures préventives

Les pratiques d'escroqueries et de fraudes faussent largement les statistiques et ont un impact significatif sur la tarification et sur le budget de l'entreprise. C'est pourquoi, certaines mesures doivent être prises afin de réduire les différents cas constatés de part et d'autre

Actuellement, les services santé se trouvent confrontés à une mauvaise gestion du risque à savoir : « explosion des dépenses de santé », « durée d'hospitalisation excessive », gaspillages de médicaments». Une sensibilisation doit donc se faire au niveau des assurés pour leur expliquer le bien fondé de l'assurance maladie et les orienter à agir en « bon père de famille » vis à vis de leur contrat.

L'assuré averti ne peut être surpris par le comportement de l'assureur face à certaines situations.

La garantie des frais de maladie exige prioritairement le contrôle des pièces justificatives. L'assureur doit absolument distinguer les originaux des fausses pièces. Ce qui permettra à priori de dépister les tentatives de falsification. En outre, il est important d'effectuer de façon systématique des visites de contrôle et même si besoin des contres - visites (médecin conseil), de façon à lutter efficacement contre la fraude.

Il faut en outre une adoption d'un procédé de lutte contre les ordonnances de complaisance, la révision du système de tiers payant et celui des propositions d'assurances :

- Dans les pays développés les produits pharmaceutiques comportent des vignettes qu'on colle sur la déclaration de maladie, partie réservée au pharmacien. Et c'est la preuve que le produit a été vendu et sorti de la pharmacie. Cette rigueur n'est pas appliquée par les assureurs Togolais. Pour pallier à ce manquement, on peut instaurer l'inscription des signes propres sur chaque produit que le pharmacien et l'assureur connaissent et qui puisse lui permettre de se justifier en cas de fraude. Cette méthode permet de limiter la complicité entre assuré et pharmacien
- Le système du tiers payant aussi comporte beaucoup de fraudes à cause de la mauvaise organisation du système. Il faut identifier les médecins honnêtes et sérieux pour piloter le système et mettre les gardes fous
- Les propositions d'assurances doivent être bien formulées et analysées. Etant donné qu'en règle générale la compagnie renonce à son droit de résiliation ordinaire en assurance maladie, il est particulièrement déterminant pour lui de pouvoir se faire une idée précise du risque pris en charge. Cette proposition mettra expressément le preneur d'assurance en garde contre les attitudes mensongères et attirera son attention sur les conséquences. De telles mesures peuvent jouer un rôle coercitif et préventif contre la fraude.

La rigueur dans le règlement des sinistres et la mise en place d'un système de communication restent pour nous une nécessité.

Toutes les compagnies d'assurances togolaises doivent rester attentives à tous les éléments susceptibles d'être des indicateurs de fraude.

Mais dans la pratique sous la pression du temps, des coûts de la productivité, une telle vigilance se trouve souvent remise en question. Cependant, l'assureur ne doit reculer en aucun cas devant les dépenses à engager pour fournir à son personnel une formation appropriée si possible dispensée à intervalles réguliers. Dès qu'un cas de fraude se présente, il faut que les compagnies se le communiquent. D'où la nécessité de disposer des systèmes d'informations communs. Il est

déterminant de faire en sorte que tous les régleurs de sinistres restent bien conscients l'existence des possibilités d'information. Un bon moyen consiste à expliciter régulièrement selon les intervalles de temps qui ne soient pas trop espacés le mode de fonctionnement du système sur la base d'exemples probants.

Paragraphe 2: Nécessité d'une assurance maladie pour tous

Il est vrai que depuis 2011 le gouvernement Togolais a mis en place une structure de gestion de l'assurance maladie pour les employés de la fonction publique. Si cet effort des autorités Togolais est à saluer, nous ne devons pas perdre de vue que plus de la moitié de la population reste privée de l'accès aux soins de santé.

Le poids de cette frange de la population non assurée sur leur membre de famille assurée (en cas de maladie de la personne non assuré, l'assuré tend à faire profiter à celui-ci son contrat d' assurance par des déclarations erronées) est le plus grand facteur cause de la fraude en assurance maladie.

Ainsi donc, les autorités doivent penser à assurer l'accès aux soins à leur population. Les assureurs sont aussi interpellés pour jouer un rôle déterminant dans l'accès aux soins de santé pour la couche de la population qui n'a pas les moyens de s'assurer cela se doit en adaptant les produits aux besoins de cette frange de la population.

Au vu de ce qui précède la micro assurance ne paraît pas être une nécessité pour les populations privées de l'accès aux soins et un manque à gagner pour les assureurs ?

CONCLUSION

La fraude en assurance maladie est un phénomène qui nuit à l'évolution de l'assurance et c'est pour dénoncer ces pratiques afin de décourager les esprits mal intentionnés que nous avons étudié et fait ressortir les dessous cachés de ce problème.

Il convient donc aux assureurs de suivre à tout moment la gestion des différentes polices santé afin de dégager les rapports sinistres à prime convenable et de réajuster le contrat en conséquence.

Sans soupçonner systématiquement tous les assurés, il faut être certainement en éveil pour détecter les exagérations dans les sinistres déclarés, les déclarations trompeuses, voire les fraudes préméditées.

Détecter la fraude en assurance maladie demande beaucoup de perspicacité et de professionnalisme mais c'est un devoir essentiel pour les services sinistres non seulement pour préserver la moralité publique en générale mais aussi pour sauvegarder les intérêts de l'ensemble de la mutualité des assurés.

L'intention ici n'est pas de dénigrer certain secteurs professionnels que nous avons cité dans ce document mais de mettre en garde les gens qui veulent atteindre leurs objectifs en nuisant aux autres.

Les assureurs doivent considérer quelle que soit leur branche qu'il relève de leur éthique professionnelle de lutter contre la fraude. Ils doivent faire en sorte à cet égard, par tous les moyens possibles, que leurs clients honnêtes ne subissent pas financièrement les conséquences de ce fléau, qu'il s'agisse de petits ou gros fraudeurs.

La vigilance contre la fraude à l'Assurance Santé ne doit pas aboutir à retarder le règlement de la grande masse des sinistres déclarés par les assurés.

De plus en plus les autorités gouvernementales ont le souci de permettre l'accès aux soins à leur population. Egalement les employeurs sont tenus à une obligation d'assurance au profit de leurs employés cela d'autant plus qu'elle module le rendement et la productivité de ceux-ci.

Au regard de ce qui a été évoqué, l'assurance maladie au cap des années à venir risque d'être le produit d'assurance le plus sollicité. En cela, les assureurs doivent redéfinir leur méthode de gestion pour ne pas considérer cette branche comme déficitaire en luttant efficacement contre les fraudeurs.

Les assurés doivent comprendre que l'assurance maladie est un avantage que leur offre leurs employeurs pour leur bien être et non un luxe. C'est à eux de faire en sorte que ce contrat puisse être renouvelé d'année en année par leurs employeurs. Les consommations de complaisance et exagérées de leur part augmentera le niveau de prime au renouvellement et découragera l'employeur à leur faire profiter ce contrat.

BIBLIOGRAPHIE

I- OUVRAGES GÉNÉRAUX

1- Code CIMA, Edition FANAF 2009

2- Constant Elisaberg, François Couilbault, Michel Latrasse ; les grands principes de l'assurance, l'Argus – Lamy, octobre 2009, 400 pages- 9^{ème} édition

II- OUVRAGE DE SPÉCIALITÉ

1- Alix Rouven, Hélène Ruggeri, panorama de l'assurance santé 2000,
Edition JALMA, 2000

III- RAPPORTS DE STAGE

1-, Rapport de stage 2^e année BTS Assurances, 2002-2004

IV- DOCUMENTS PROFESSIONNELS

1- Conditions générales du contrat d'assurance maladie

2- Convention de gestion maladie ;

HONORAIRES DES ACTES MEDICAUX ET BIOLOGIQUES

		REP. DU TOGO		AFRIQUE
PRESTATIONS		JOUR	<u>DIMANCHE</u> <u>JOUR FERIE</u> <u>NUIT</u>	ET HORS AFRIQUE
MEDECIN GENERALISTE				
Consultation	C	6.000 FCFA	6.500 FCFA	10.000 FCFA
Visite	V	11.000 FCFA	11.000 FCFA	15.000 FCFA
MEDECIN SPECIALISTE & PROFESSEUR AGREGE				
Consultation	CS	7.500 FCFA	10.000 FCFA	12.000 FCFA
Visite	VS	15.000 FCFA	15.000 FCFA	17.500 FCFA
ACTES MEDICAUX				
Actes de chirurgie, anesthésie, spécialité	K & KC	1000 FCFA		1.500 FCFA
Frais de bloc.	K	1.300 FCFA		1.800 FCFA
Electro-radiologiste qualifiés	Z	780 FCFA		1.000 FCFA
Spécialiste de l'appareil digestif	Z	780 FCFA		1.000 FCFA
Pneumo-phtisiologue qualifié	Z	780 FCFA		900 FCFA
Rhumatologue qualifié	Z	780 FCFA		900 FCFA
Autres	ZN	1000 FCFA		700 FCFA
Analyses & examens de laboratoire	B	200 FCFA		300 FCFA
Prélèvement biologique	KB	750 FCFA		1000 FCFA
Forfait 1 (Médecin accoucheur, accouchement simple)		55 000 FCFA		150.000 FCFA
Forfait 2 (Médecin accoucheur, accouchement gémellaire)		75 000 FCFA		250.000 FCFA
Forfait 1 (Sage Femme accouchement simple)		30.000 FCFA		50.000 FCFA
Forfait 2 (Sage Femme accouchement gémellaire)		40.000 FCFA		75.000 FCFA
DENTISTES				
Consultation	C	6.000 FCFA	10.000 FCFA	10.000 FCFA
Extraction, chirurgie	DC	1200 FCFA		1.200 FCFA
Soins conservateurs & préventifs effectués par :				
. Chirurgiens dentistes	DC	1200 FCFA		1.200 FCFA
. Stomatologue	SPM	1200 FCFA		1.200 FCFA
AUXILIAIRES MEDICAUX				
<u>Infirmier</u>	AMI	700 FCFA		700 FCFA
Pédicure	AMP	700 FCFA		900 FCFA
Assistant médical	AMS	700 FCFA		900 FCFA
Sage-femme	SI	700 FCFA		900 FCFA
Soins infirmiers par sage-femme	SFI	700 FCFA		700 FCFA
Orthophoniste	AMO	700 FCFA		900 FCFA
Orthopédiste	AMY	700 FCFA		900 FCFA
Masseur	AMM	700 FCFA		900 FCFA

N.B : La Garde de nuit se situe entre 20 H 00 et 7 H00.

Barème des Prestations en Afrique et dans les pays de l'Union Européenne
(taux de remboursement à 80%)

NATURE DES PRESTATIONS	TAUX	PLAFONDS/OBSERVATIONS
NATURE DES ACTES		PLAFONDS/OBSERVATIONS
MALADIE/ACCIDENT		
Consultation Généraliste	70 %	}
Consultation Spécialiste	70 %	}
Consultation Professeur	70 %	}
Visite Généraliste	70 %	}
Visite Spécialiste	70 %	}
Visite Professeur	70 %	}
Consultation Urgence/Garde	70 %	}
Frais Pharmaceutiques & Produits - Fortifiants, vaccins et vitamines	70 % 40 %	Frais réels
Radiologie & Imagerie - les frais de scanner	70 % 70%	} Plafond/an / par personne : Frais réels
Analyses Biologiques	70 %	}
Bilan de santé (01 fois sur 02 ans) sur prescription médicale	40%	}
Petite Chirurgie/Soins	70 %	}
Auxiliaires Médicaux	70 %	}
Appareil orthopédique	40%	} Voir Barème Annexé Plafond /an/personne : 100.000 FCFA
Frais Dentaires		}
Soins conservateurs & prothétiques	70 %	Plafond/an / par personne : 120.000 FCFA
Prothèses & Orthodontie par an et par personne	70 %	Plafond Annuel 180.000 FCFA
Hospitalisation Médicale & Chirurgicale		
Frais chirurgicaux	70%	
Frais de séjour	70 %	Plafond Chambre 25.000 FCFA/ jour Maximum 10 jours
MATERNITE		
Frais pré & post Natal	70 %	Frais réels
Accouchement Simple	70 %	Plafond 200.000 FCFA
Accouchement Multiple et chirurgical	70 %	Plafond 250.000 FCFA
OPTIQUE		
Soins	70%	
Lunetterie		
Verres par personne et par an.	70 %	Plafond Annuel 100.000 FCFA
Montures		Forfait 20.000 FCFA
		Une paire de verres et une monture par assuré tous les 02 ans et sur prescription médicale
EVACUATION SANITAIRE ORDINAIRE		
-Evacuation sanitaire et rapatriement de corps	100%	Plafond : 2.000.000 FCFA par personne
PLAFOND DE REMBOURSEMENT / PERSONNE / AN		4.000.000 FCFA
PLAFOND DE REMBOURSEMENT/ FAMILLE/AN		6.000.000 FCFA

N.B Frais exposés hors de l'Afrique : Tarif de convention de la Sécurité Sociale Française.

LA CLAUSE D'AJUSTEMENT

RAPPORT SINISTRES/PRIMES (S/P)	POURCENTAGE D'AJUSTEMENT
de 0% à 15%	REDUCTION de 20%
de 15% à 25%	REDUCTION de 10%
de 25% à 75%	AUCUNE MODIFICATION
de 75% à 99%	MAJORATION de 15%
de 99% à 114%	MAJORATION de 30%
de 114% à 129%	MAJORATION de 50%
de 129% à 150%	MAJORATION de 75%
au delà de 150%	MAJORATION de 100%



Colina
TOGO

COMPAGNIE D'ASSURANCES
REGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES CIMA

Société anonyme au capital de 1. 300.000.000 F CFA
« entièrement libéré »
10, Avenue Sylvanus OLYMPIO
BP: 1349 Lomé - TOGO
Tél : 222 93 64 / 65 / 66 / 67
Fax : 221 73 58
RC : Lomé 2006B1040
E-mail : c-togo@colina-sa.com

ASSURANCE MALADIE

BULLETIN D'ADHESION

COLINA - TOGO

COMPAGNIE D'ASSURANCES
REGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES CIMA

Souscripteur :

Adresse :

ASSURANCE MALADIE BULLETIN D'ADHESION

CELLULE FAMILIALE PERSONNES A ASSURER

	Nom	Prénoms	Date de naissance	Date d'incorporation
Assuré				
conjoint				
1 ^{er} enfant				
2 ^{ème} enfant				
3 ^{ème} enfant				
4 ^{ème} enfant				

Sont assurables les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de 60 ans.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Répondez aux questions par OUI ou NON
Préciser les réponses au besoin

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Préciser si vos parents souffrent ou ont souffert d'une de ces maladies :

1. Diabète
2. Hypertension artérielle
3. Cancer (type à préciser)
4. Autres maladies à préciser

De l'Assuré du conjoint

Conjoint ou Assuré	Décédés	Vivants	Nature du décès	Vivant portant une Tare
Père				
mère				
soeurs				
frères				

Bulletin d'adhésion à retourner à COLINA-TOGO

La liste des maladies citées est énumérative et non limitative

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
MODE DE VIE						
1 Profession exercée						
2 Fumez-vous? Nombre de paquets par jour						
3 Consommez-vous de l'alcool? - Occasionnellement - régulièrement ?						
4 Votre mode de vie est-il sédentaire ?						
SANTE DEPUIS 5 ANS						
5 Souffrez-vous de fièvre fréquemment?						
6 Avez-vous maigri, pour quelles raisons ?						
7 Souffrez-vous de Diarrhée, dysenterie fréquentes ?						
8 Souffrez-vous de vertiges, palpitations ?						
9 Souffrez-vous de la toux, gêne respiratoire ?						
10 Avez-vous une gêne à uriner ?						
11 Souffrez-vous de maux de tête ?						
MALADIES						
12 HOSPITALISATION : pour quelles maladies ? A quelles dates ?						
13 INTERVENTIONS CHIRURGICALES : NON OBSTETRIQUES - à quelles dates ? - type d'intervention : pour quelle maladie ?						
14 CARDIO VASCULAIRES : Souffrez-vous d'hypotension, hypertension artérielle, palpitations, essoufflements, troubles circulatoires, (varices, phlébites) troubles du rythme, myocardiopathie, angor, autres à préciser Prenez-vous un Traitement ? Précisez lequel ? Depuis quand ?						
15 POUMONS : souffrez-vous d'asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, pleurésie amphysème, tumeurs médiastinales ou pulmonaires ? Etes-vous sous traitement? Depuis quand ?						

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
16 O R L : Souffrez-vous d'otite, surdité, sinusite, mutité, tumeurs ORL, végétations, amygdalite à répétitions ? Etes-vous sous traitement ? Depuis quand ? Avez-vous suivi des séances d'orthophonie ?						
17 YEUX : Souffrez-vous de myopie, strabisme, presbytie, glaucome, cataracte, astigmatisme ? Portez-vous des lunettes ?						
18 BOUCHE : Avez-vous des caries dentaires, des dents extractées, des prothèses ? Suivez-vous un Traitement orthodontique ?						
19 SYSTEME DIGESTIF : Souffrez-vous d'ulcère, gastrite, hépatite, cirrhose, crises d'appendicite, inflammations du colon, hémorroïde, hernie, tumeurs abdominales, lithiase biliaire, infection vésicule et voies biliaires, abcès du foie, enterite et autres lesquelles ?						
20 REINS ET VESSIE : Souffrez-vous de coliques néphrétiques, cystite, pyélonéphrite, maladies pyéocalicielles et méthécales, bilharziose urinaire, tumeurs rénales et vésicales ?						
21 ORGANES GENITAUX : * Féminins : Souffrez-vous de stérilité, maladies sexuellement transmissibles et vénériennes, fibrome, kyste ovaire, salpingites, tumeurs col, tumeurs utérines ? Votre cycle est -il régulier ? Prenez-vous un traitement particulier ? Avez-vous des troubles menstruels ? Etes-vous pré ou ménopausée ? Faites-vous un Frottis régulier ? * Masculins : Souffrez-vous d'hydrocèle, MST, Orchiépididymite, Adénome prostate, fibrose methrale cicatricielle (rétrécissement méthual) Tumeur génital et autres?						

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
22 GYNECOLOGIE OBSTETRICALE : Avez-vous fait des fausses couches, combien? Volontaires ou involontaires? Combien de gestations ? Combien de déparité? Portez-vous une grossesse ? Si oui, indiquer la date de début de la grossesse Avez-vous été césarisée ?						
23 GLANDES ENDOCRINES : Souffrez-vous de diabète, goitre, tumeur de la surrénale, autres tumeurs glandulaires, autres maladies glandulaires, depuis quand						
24 PEAU : Souffrez-vous d'acné, eczéma, furoncles, ganglions, lèpre, herpès, zona, mycoses, autres dermatoses						
25 SANG ET GANGLIONS : Souffrez-vous d'anémie, drépanocytose, leucémie, hémophilie, thalassémie, syndrome myeloprolifératif, autres maladies sanguines ?						
26 ORTHOPEDIE : Souffrez-vous de rhumatisme, goutte, arthrose, arthrite, périarthrite, tendinite, sciatalgie, lumbago, coxarthrose, autres ? Portez-vous un appareillage orthopédiques ? Portez-vous des prothèses orthopédiques ? Suivez-vous et avez-vous déjà suivi des séances de Kinésithérapie? Avez-vous fait un AVP ayant laissé des séquelles ? Avez-vous une infirmité ?						
27 SYSTEME NERVEUX : Souffrez-vous de paralysie, hémiplégie, épilepsie, convulsions, dépression nerveuse, troubles du comportement, troubles de la parole ?						

	Assuré	Conjoint	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
28 MALFORMATIONS OU MALADIES CONGENITALES : Laquelle ? Acquise par maladie ou accident ?						
29 Etes-vous atteint d'un cancer ?						
30 AUTRES MALADIES						
31 VACCINS EFFECTUES Sont-ils à jour ? Sinon lesquels à faire ?						
32 MALADIES TROPICALES Souffrez-vous de Trypanosomiasés, hydatidose, fièvre jaune, lèpre, etc ...?						
33 SPORTS Pratiquez-vous un sport ? Si oui, lequel ? A titre amateur ou professionnel ?						
34 TAILLE POIDS TENSION ARTERIELLE						
35 ASSURANCE ANTERIEURE Avez-vous déjà été assuré en maladie ? Après de quel organisme ou compagnie d'assurances ? Motifs du changement ?						

Je soussigné, certifie sincères et véritables mes déclarations aux questions du présent bulletin d'adhésion, et accepte de me soumettre sur demande de la Société d'Assurances à une visite médicale de son médecin conseil.

TOUTE REPONSE PAR UN TIRET OU ABSENCE DE REPONSE EST CONSIDEREE COMME UNE REPONSE NEGATIVE.

Toute fausse réponse ou omission au présent questionnaire est soumise aux sanctions prévues par les Articles 18 et 19 du code CIMA.

A..... le 20.....

Signature du chef de famille

(Faire précéder la signature par la mention « Lu et Approuvé »)

Lorsqu'il y a plus de quatre enfants à assurer, utiliser un second bulletin d'adhésion

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE COLINA-TOGO

Introduction :	1
CHAPITRE I : La Direction Générale	4
CHAPITRE II : La Direction Technique et Commerciale	5
Section I : La Production.....	5
Paragraphe 1 : Le service Automobile et Action commerciale.....	5
Paragraphe 2 : Le service Risques Divers.....	6
Section II : Le service Sinistre.....	7
Paragraphe 1 : le Sinistre Automobile.....	8
Paragraphe 2 : le Sinistre Risques Divers.....	9
Section III : La Réassurance.....	9
CHAPITRE III : La Direction Administrative et Financière	11
Section I : Le Service Administratif.....	11
Paragraphe 1 : La gestion du personnel.....	11
Paragraphe 2 : Les services généraux.....	12
Section II : Le service comptable et financier.....	13
Paragraphe 1 : Le service comptable.....	13
Paragraphe 2 : La trésorerie.....	13
CONCLUSION	15

DEUXIEME PARTIE : FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE CAS DU MARCHE TOGOLAIS :

CONSTATS ET APPROCHES DE SOLUTIONS

Introduction	16
CHAPITRE I : GENERALITE SUR L'ASSURANCE MALADIE	19
Section I : Le fonctionnement de l'Assurance Maladie.....	19

Paragraphe 1 : Objet de l'Assurance Maladie.....	20
Paragraphe 2 : Etendue de l'Assurance Maladie.....	22
Section II : intérêt et spécificité de l'Assurance Maladie.....	22
Paragraphe 1 : Intérêt de l'Assurance Maladie.....	23
Paragraphe 2 : L'Assurance Maladie : un contrat de gestion.....	24
CHAPITRE II : LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE : CAUSES ET MANIFESTATIONS	25
Section I : Les causes de la fraude en Assurance Maladie.....	25
Paragraphe 1 : Au niveau de l'Assuré.....	26
Paragraphe 2 : au niveau de l'Assureur.....	26
Section II : Les manifestations de la fraude en Assurance Maladie.....	27
Paragraphe 1 : La fausse déclaration de l'Assuré.....	29
Paragraphe 2 : La fraude liée au corps médical.....	29
Section II : L'Assurance Maladie : un contrat de gestion.....	29
CHAPITRE III : LES CONSEQUENCES DE LA FRAUDE ET APPROCHES DE SOLUTIONS	
Section I : Les conséquences sur les parties au contrat.....	30
Paragraphe 1 : Les incidences sur les Assurés.....	30
Paragraphe 2 : Les incidences sur l'Assureur.....	31
Section II : Les approches de solutions.....	31
Paragraphe 1 : Les mesures préventives.....	32
Paragraphe 2 : La nécessité de la mise en place de l'assurance maladie pour tous.....	33
CONCLUSION.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	36

