



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHÉ D'ASSURANCES (CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

B.P. 1575 Yaoundé – TEL : (237) 222 20 71 52 – FAX : (237) 222 20 71 51

email: [jia@iiacameroun.com](mailto:jia@iiacameroun.com)

Site web: [www.iiayaounde.com](http://www.iiayaounde.com)

Yaoundé/Cameroun



**RAPPORT DE FIN DE STAGE  
POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MAÎTRISE EN SCIENCES ET  
TECHNIQUES DES ASSURANCES (MST-A)  
(CYCLE II, 13<sup>ème</sup> PROMOTION 2016-2018)**

**THEME**

**LA FRAUDE EN ASSURANCE MALADIE,  
DIAGNOSTIC ET THERAPIE:  
LE CAS DE LA SAAR ASSURANCE S.A.**

**Présenté et soutenu par :**

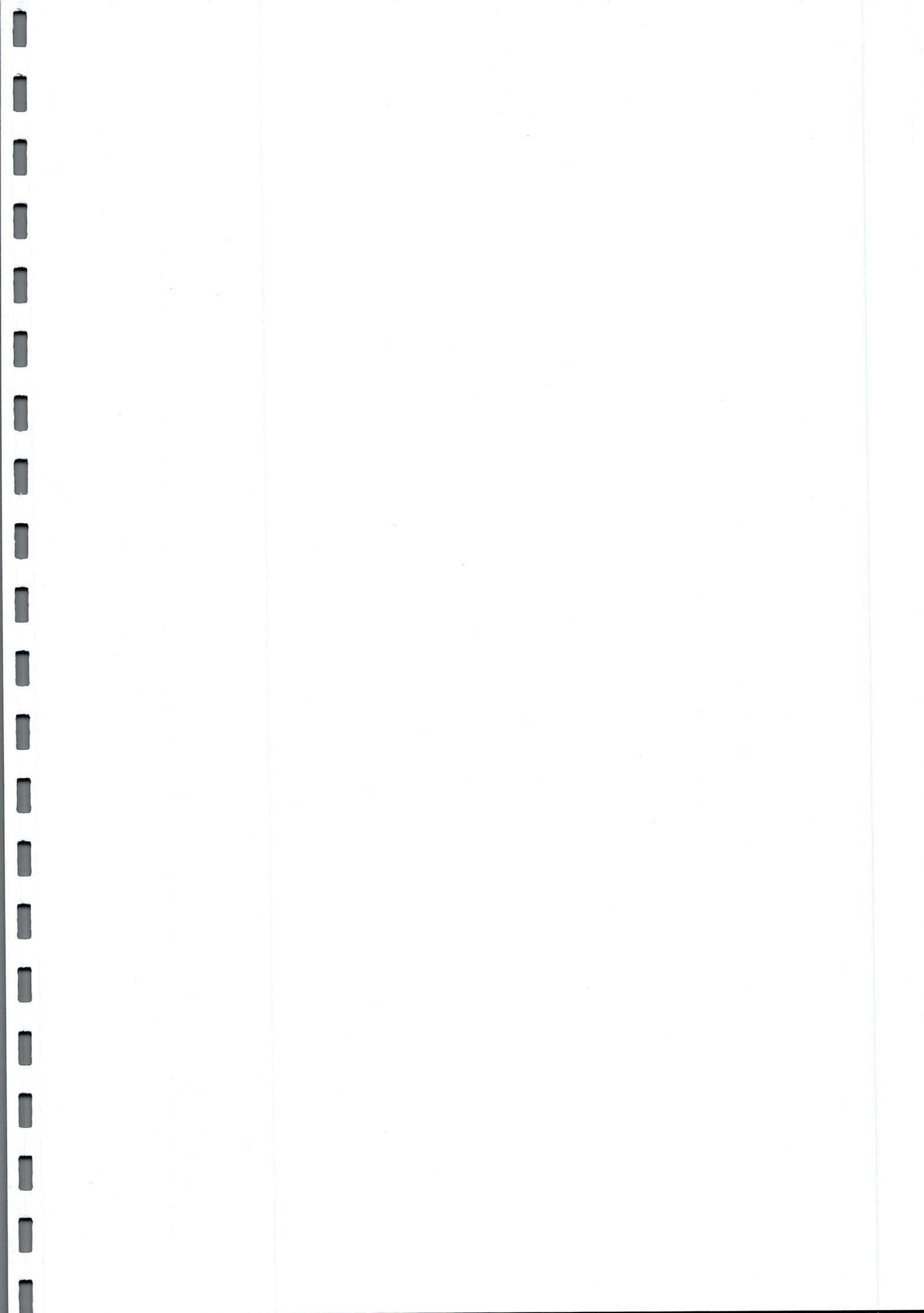
DERMIAN Barka  
Etudiant MST-A,  
13<sup>ème</sup> promotion

**Sous la direction de :**

M. OUANG REBELE  
Djingtouin  
Directeur Technique

Novembre 2018

DERMIAN Barka, Etudiant de la 13<sup>ème</sup> Promotion, Cycle MST-A





DEDICACE

Je dédie ce modeste travail à

- Mes feu parents :

Barka LAOUKOUNDA, mon père ;

Naloum NDYALTA, ma mère

-Mon épouse NENODJI Lamana

-Ma fille Chelsea Ornella BARKA.

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'encontre :

Du Directeur Général de la SAAR Tchad, Monsieur FOSSO DIFFO Evariste qui a bien voulu accepter de nous accueillir dans sa compagnie car sans lui, notre travail n'aurait jamais abouti.

Du Directeur général de l'Institut International des Assurances, Monsieur Urbain Philippe ADJANON pour l'accent qu'il a mis au niveau de notre formation, pour la promotion de l'institut et la valorisation de nos diplômés à travers le monde.

Du Directeur Technique de la SAAR, Monsieur OUANG Rebele DJINGTOUIN, notre encadreur, pour son doigté et sa méticulosité dans le parachèvement de ce travail.

Du Directeur des Etudes de l'Institut International des Assurances, Monsieur DAMFAKHA Dembo pour ses sages conseils et ses encouragements lors de notre formation.

Du Chef de Département de sinistres et contentieux, Monsieur MAHAMAT SIRBELE Allam-mbbédji, pour sa disponibilité à nous fournir toutes les informations nécessaire au parachèvement de ce travail ;

De tout le personnel de la SAAR qui a fait de nous non, un stagiaire mais un collaborateur, particulièrement Messieurs MONGAR Madjilem (chef de département production et réassurance) et FELONOU Grégoire (Chef de département administratif et financier) ;

Du corps professoral de l'Institut International des Assurances pour les nombreuses connaissances et le savoir-faire qu'il a su nous transmettre, particulièrement monsieur Robert Mabona Bellarmin ;

Du personnel de l'Institut International des Assurances pour leur soutien multiforme ;

De toute la 13<sup>e</sup> promotion MST-A et la 23<sup>e</sup> promotion DESS-A

De tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à notre formation et à l'heureux aboutissement de ce travail

## LES SIGLES ET ABREVIATIONS

AG : Assemblée Générale

BDM : Bris De Machine

CIMA : Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances

CRCA : Commission Régionale de Contrôle des Assurances

CSU : Couverture Santé Universelle

DESS-A : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurance

FOB : Free On Bord

FSI : Fonds de Solidarité et d'Investissement

G Maladie : logiciel de traitement

IARD : Incendie Accident Risque Divers

IIA : Institut International des Assurances

MST-A : Maitrise en Sciences et Techniques d'Assurance

MRHD: Multirisque Habitation et Bureau

ODD: Objectif de Développement Durable

ORASS: Un logiciel de traitement

PNS: Politique Nationale de la Santé

PV: Procès-Verbal de constat

RC: Responsabilité Civile

S/P: Charges de sinistres sur les primes acquises

STAR-NATIONALE: Société Tchadienne d'Assurance et Réassurance

STE: Société Tchadienne d'Eau

GE : Goutte épaisse

NFS : Numération formule sanguine

## LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Chiffre d'affaires du marché Tchadien .....</i>	12
<i>Tableau 2 : la tendance d'évolution du chiffre d'affaires .....</i>	13
<i>Tableau 3 : Part de chaque branche dans le chiffre d'affaires de la compagnie .....</i>	15
<i>Tableau 4 : Tendance d'évolution des prestations .....</i>	17
<i>Tableau 5 : Part de chaque branche dans les prestations de la compagnie .....</i>	18
<i>Tableau 6 : Tendance d'évolution de la sinistralité .....</i>	20
<i>Tableau 7 : Barème d'ajustement des primes au renouvellement .....</i>	23
<i>Tableau 8 : Plafond de garantie .....</i>	26
<i>Tableau 9 : Prestations par actes pour les années 2016 - 2017 .....</i>	27
<i>Tableau 10 : Les prestations exclues par le gestionnaire en 2017 .....</i>	37



## LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Evolution du chiffre d'affaires .....</i>	14
<i>Figure 2 : Part de chaque branche dans le chiffre d'affaires de la compagnie. ....</i>	15
<i>Figure 3 : Tendence d'évolution des prestations .....</i>	18
<i>Figure 4 : Part de chaque branche dans les prestations de la compagnie .....</i>	19
<i>Figure 5 : Prestations par actes .....</i>	28

## RESUME

Le présent rapport d'étude et de stage, dont le thème porte sur « la fraude en assurance maladie, diagnostic et thérapie : cas de la SAAR-TCHAD » a pour objectif de faire un diagnostic sur les cas de fraude en vue d'une thérapie afin d'inviter les dirigeants de la compagnie à mettre en place ou à améliorer le dispositif de contrôle des dossiers de remboursement et de renforcer la surveillance tant au niveau du portefeuille sinistre que prestataires. Pour un diagnostic succinct, nous avons subdivisé notre rapport en deux parties.

Dans la première partie, nous avons fait la présentation de notre cadre de stage (la SAAR-TCHAD). A cet effet, nous avons passé en revue l'organisation de la société qui retrace l'historique de la société et le rôle de chaque organe. Ensuite nous avons passé au point fin, les différentes opérations techniques.

A la deuxième partie, nous avons premièrement présenté sommairement l'assurance maladie. Ensuite nous avons fait une analyse des cas de fraudes à travers un diagnostic. Et enfin, nous avons présenté une esquisse de solutions à travers une thérapie.

Cette approche nous a permis de relever des problèmes et de dysfonctionnements, pour lesquels nous avons formulé des approches de solutions en vue d'atteindre l'objectif qualité et équilibre du portefeuille.

## ABSTRACT

This study and internship report, which the theme is "frauds in health insurance group, diagnosis and therapy: case of SAAR-CHAD" aims to make a diagnosis on cases of fraud with a view to Therapy to invite the company's executives to set up or improve the system of control of refund files and the monitoring of the disaster portfolio. For a brief diagnosis, we have divided our report into two parts. In the first part, we have presented our internship framework (SAAR-TCHAD). To this end, we reviewed the organization of the company which relates the history of society and the role of each organ. Then we have gone to the end point, the different technical operations.

In the second part, we have first summarily presented the group health insurance. Then we have made an analysis of fraud cases through a diagnosis. And finally, we have presented a sketch of solutions through therapy. This approach allowed us to identify problems and malfunctions, for which we have formulated approaches of solutions to achieve the objective quality and balance of the portfolio.

## SOMMAIRE

DEDICACE .....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	iv
LISTE DES FIGURES .....	v
RESUME .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE.....	viii
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : .....	3
CADRE PHYSIQUE DU STAGE. ....	3
<b>CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA SOCIETE</b> .....	4
<b>SECTION I : L'HISTORIQUE</b> .....	4
<b>SECTION II : FONCTIONNEMENT</b> .....	5
<b>CHAPITRE II : ANALYSE DES OPERATIONS      TECHNIQUES</b> .....	10
<b>SECTION 1 : LES ASSURANCES OBLIGATOIRES ET LES ASSURANCES         FACULTATIVES.</b> .....	10
<b>SECTION 2 : ANALYSE DE LA PRODUCTION ET DU SINISTRE</b> .....	12
DEUXIEME PARTIE : .....	21
GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE .....	21
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ASSURANCE MALADIE</b> .....	21
<b>SECTION 1 : OBJET ET INTERET DE L'ASSURANCE MALADIE.</b> .....	21
<b>SECTION 2 : TARIFICATION ET LE SYSTEME DE GESTION</b> .....	22
<b>CHAPITRE II : DIAGNOSTIC ET THERAPIE DES CAS DE FRAUDES</b> .....	29
<b>SECTION 1 : DIAGNOSTIC</b> .....	29
<b>SECTION 2 : THERAPIE AUX CAS DE FRAUDE</b> .....	38

<b>CONCLUSION :</b> .....	45
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	46
<b>ANNEXE</b> .....	47
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	57

## INTRODUCTION

Le Tchad, à l'instar des autres pays de la sous-région, est confronté à une situation sanitaire caractérisée par une morbidité et une mortalité élevées dues aux épidémies (méningite, rougeole, choléra,...), aux autres maladies transmissibles et non transmissibles ainsi qu'aux affections maternelles. Ce lourd fardeau, endeuille chaque année des familles tchadiennes et entraîne des graves conséquences particulièrement sur la santé de la population pauvre et vulnérable, notamment celle de la mère et de l'enfant.

Pour relever le défis, le gouvernement Tchadien a déployé d'énormes efforts en termes de constructions d'infrastructures sanitaires, de dotation en équipements biomédicaux et moyens logistiques, de formation, de mobilisation du personnel qualifié, de financement de service, de gratuité de soins, de création de nouveau programme de santé. Toutes ces actions sont soutenues et suivies par les plus hautes autorités en vue de renforcer efficacement le système de santé et d'inverser la tendance de la mortalité et de la morbidité dans le pays. Par ailleurs, il a aussi validé l'avant-projet de loi portant couverture santé universelle le 28 Août 2018.

En dépit des progrès appréciables observés à travers la mise en œuvre de la politique nationale de la santé (PNS) et des Objectifs du Développement Durable (ODD), le chemin demeure encore loin pour doter le Tchad d'un système de santé performant et résilient.

A côté du secteur public ou étatique, il faut relever le travail considérable que mènent le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques,...), les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou professionnel et la population (organisation communautaire et leaders communautaires)

L'assurance maladie est une branche de l'assurance qui fait intervenir des multiples acteurs prêts à tout pour conquérir des parts du marché rendant ainsi le marché difficile et complexe avec une rentabilité incertaine et peu maîtrisée.

L'intervention de plusieurs acteurs dans la gestion commerciale, l'exclusion des certaines personnes de la garantie et le faible coût de revenu de la population font naître dans cette branche des manœuvres frauduleuses afin d'en tirer profit de la prestation. Ainsi l'assurance maladie qui devrait être vue comme un véritable levier social est aperçue aujourd'hui comme un gouffre financier. Il apparaît dès lors légitime que la pérennité des

actions des sociétés d'assurances soit sauvegardée. Cela passe par une bonne organisation, un bon fonctionnement, une bonne rentabilité des activités et une solvabilité plus accrue des compagnies. Il est donc urgent de rechercher les causes et les origines de cette gangrène et de proposer les moyens d'y remédier en vue de permettre une rentabilité plus accrue de la branche. C'est cette problématique qui justifie notre choix, d'un, commun accord avec la direction technique, nous avons retenu le thème « **les fraudes en assurance maladie, Diagnostic et Thérapie : cas de la SAAR-ASSURANCE** ».

Il s'agira pour nous d'une part, d'analyser les cas de fraudes qui sont à l'origine du non rentabilité de cette branche, et d'autre part, de faire des suggestions en vue d'améliorer sa rentabilité. Mais au préalable, nous ferons une présentation du cadre physique de notre stage.

PREMIERE PARTIE :  
CADRE PHYSIQUE DU STAGE.

Cette partie s'articulera autour de deux points essentiels :

Organisation de la société (Chapitre I)

Analyse des opérations techniques (Chapitre II)

## **CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA SOCIETE**

Dans ce chapitre, nous nous pencherons sur deux centres d'intérêt : l'historique de la société (section I) et l'organisation proprement dite de la société (section II).

### **SECTION I : L'HISTORIQUE**

La Société Africaine d'Assurance et de Réassurance en abrégée SAAR est une société anonyme au capital social de 1 500 000 000 F CFA, entièrement libéré et en cours d'augmentation pour être porté à 5 000 000 000 F CFA, et régie par le code CIMA.

Issue du groupe SAAR - Cameroun, la SAAR-Tchad a été créée le 13 Février 2002 par arrêté n° 033/MF/DG/DCEM/SSE/02 du ministère des finances après avis conforme de la Commission Régionale des Contrôles des Assurances (CRCA) en sa session du 17 Décembre 2001 à Libreville au Gabon. La SAAR a démarré effectivement ses activités le 01 Mars 2002 et conformément aux dispositions réglementaires. L'acte de création de la SAAR a fait l'objet d'une publication dans le journal officiel de la république en sa parution du 03 Mars 2002.

Le siège est situé à N'Djamena sur l'avenue Ngarta Tombalbaye en face de deux châteaux de la Société Tchadienne d'Eaux (STE). Actuellement, elle a quatre agences dont trois à N'Djamena et une à Moundou.

Comme toute entreprise commerciale, la SAAR s'est fixé des objectifs qui touchent trois domaines essentiels : social, économique et commercial.

Pour atteindre ses objectifs, la SAAR s'appuie sur ses actionnaires dont les principaux sont notamment SBF Finance ; Groupe FSI (Fonds de solidarité et d'investissement) ; Groupe SAAR-ASSURANCE, partenaire technique de la SAAR-Tchad installée au Cameroun ; Groupe CENAINVEST ; filiale de deux groupes bancaires FMO (au pays – bas) ; AFRILAND FIRST BANK (au Cameroun) et divers industriels et hommes d'affaires Tchadiens.

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

Aujourd'hui, cette structure emploie 20 personnes réparties comme suit :

04 Cadres supérieurs

02 Agents de Maitrises

14 Employés.

## **SECTION II : FONCTIONNEMENT**

Dans cette section nous déroulerons la mission de chaque organe

### **A - ASSEMBLEE GENERALE (AG)**

C'est l'organe souverain d'administration de la société. Elle est constituée de l'ensemble des actionnaires. On y retrouve :

- Les particuliers ;
- Les sociétés ;
- Les investisseurs institutionnels.

L'Assemblée Générale se tient une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice en session ordinaire et peut en cas de nécessité se tenir en session extraordinaire. Elle est présidée par le président du conseil. En cas d'empêchement, le vice-président assure l'intérim. En l'absence des deux, le mandat est accordé à l'actionnaire ayant le plus grand nombre des voix.

La mission dévolue à cet organe est de :

- Statuer sur les états financiers de synthèse de l'exercice ;
- Décider de l'affectation des résultats de l'exercice,
- Nommer les membres du Conseil d'Administration ainsi que les commissaires aux comptes ;
- Approuver le rapport du commissaire aux comptes ;
- Emettre les obligations ;
- Approuver les conventions conclues entre les dirigeants et la société.

### **B- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA)**

Placé sous la direction d'un président nommé par ses membres, cet organe est composé des principaux actionnaires de la société. C'est un organe de délibération de la société. Il se tient au moins en deux sessions par an :

- Une première session en Décembre en vue d'adopter le budget ;
- Une deuxième session en Mai pour présenter le résultat des activités.

Le Conseil d'Administration jouit de certaines prérogatives à savoir :

- Définir les objectifs de la société et l'orientation qui doit être donnée à son administration ;
- Exercer un contrôle permanent de la gestion assurée par le directeur général ;
- Nommer le directeur général ;
- Acquérir et vendre tous les biens meubles et immeubles de la société ;
- Arrêter les comptes de chaque exercice ;
- Contracter tous les emprunts et autres titres de garanties, affecter hypothécairement ou nantissement tout ou partie des biens sociaux ;
- Autoriser toute convention passée entre la société et l'un des actionnaires ou directeur;
- Nommer les directeurs sur proposition du directeur général.

#### **C- DIRECTION GENERALE (DG).**

Placée sous le contrôle d'un Directeur Général nommé par le CA parmi ses membres ou en dehors. Le Directeur Général assure la gestion quotidienne de la société.

Le Directeur Général a pour mission :

- Assurer l'exécution des décisions prises par le CA à qui il rend compte et qui le contrôle ;
- Ordonner le budget de la société et veiller à son exécution ;
- Avoir une autorité sur tout le personnel et employé de la société ;
- Représenter la société vis-à-vis des tiers dans la limite de ses compétences ;
- Définir l'organigramme de la société, les responsabilités de chaque cadre et employé de la société ;
- Fixer l'effectif nécessaire à la bonne marche de la société ;
- Embaucher ou licencier le personnel dans le respect de la réglementation ;
- Déterminer le salaire, appointement, indemnité, prime et avantage du personnel dans le respect de la convention collective et textes réglementaires.

### **1- L'Attaché de direction.**

Elle est chargée du secrétariat du directeur général et coordonne les relations avec le public. Elle s'occupe également du courrier arrivé ou départ de la société. Elle se charge de la communication interne.

Il serait souhaitable que la société aménage un espace à cet organe dans l'organigramme de la société vue sa délicate mission.

### **D- LA DIRECTION TECHNIQUE (DT)**

Placée sous le contrôle d'un directeur technique et assisté de deux chefs de départements (production et réassurance, sinistre et contentieux), cette direction assure divers services. Elle se charge des aspects purement technique (production et sinistre) et exerce diverses tâches connexes telles que :

- Mener des études prospectives ;
- Aider la direction générale à mettre en place des orientations stratégiques ;
- Contrôler les performances et actions engagées et des stratégies mises en œuvres ;
- Contrôler l'évolution et le comportement des produits sur le marché ;
- Assurer la conception des produits, tarifs, des polices et leurs harmonisation ;
- Négocier les traités de réassurances et acquérir l'avis des réassureurs ;
- Proposer les produits en coassurance ;
- Accepter ou refuser les risques, les franchises ou surprimes.

### **1- Le département production et réassurances.**

Composé de deux divisions : le réseau des bureaux directs et le réseau des intermédiaires. Ce département est dirigé par un chef de département sous la supervision du directeur technique. Il a pour mission :

- Vendre l'image de la société ainsi que ses produits ;
- Accroître les chiffres d'affaires de la société ;
- Recruter et former les commerciaux ;
- Animer les réseaux des bureaux directs et celui des intermédiaires ;
- Superviser la communication commerciale en collaboration avec la direction technique ;

- Veiller au respect des procédures de production ;
- Surveiller le portefeuille clients.

Grâce à ses efforts, la société accroît son réseau de distribution avec 3 agences à N'Djamena et une à Moundou.

## **2- Le département sinistre et contentieux**

Placé sous la supervision du directeur technique, le département est dirigé par un chef de département. Il est chargé de la gestion de tous les sinistres et contentieux de la société. Il a sous sa supervision deux gestionnaires dont l'un s'occupe de sinistre automobile et risque divers, et l'autre, de sinistre maladie.

Le département Sinistre et contentieux a pour mission :

- Assurer la veille contentieuse et du suivi des avocats, huissiers et auxiliaires de justices. C'est à lui qu'incombe le suivi des procédures devant les tribunaux ;
- Négocier les différentes conventions de collaborations avec les prestataires dans le cadre de l'assurance maladie ;
- Veiller au respect des procédures et étapes de gestion de sinistre ;
- Surveiller le portefeuille sinistre ;
- Veiller à l'application des différentes clauses contenues dans les conventions de collaboration avec les prestataires.

## **3- Le département Administratif et Financier**

Sous l'autorité de la Direction Générale, ce département a trois missions assimilables aux trois fonctions suivantes :

- ✓ La fonction administrative qui s'intéresse à :
  - L'approvisionnement ;
  - La reprographie et assemblage ;
  - La sécurité des biens meubles et immeubles ;
  - L'ergonomie (amélioration des conditions de travail).
- ✓ La fonction financière, ayant pour rôle essentiel :
  - Le maintien d'une trésorerie positive ou nulle ;
  - Le maintien d'une marge de solvabilité à un niveau toujours suffisant ;

- La représentation des engagements règlementés, conformément aux règles de dispersion, diversification, sécurité et rentabilité.
- ✓ La fonction comptable qui assure :
  - La comptabilité technique et de la réassurance : traite et enregistre les bordereaux des primes et de sinistres reçus des autres structures et de la réassurance ;
  - La comptabilité générale : traite et enregistre les opérations hors assurances (frais de personnel, autres frais généraux...) ;
  - La comptabilité de trésorerie : traite et enregistre tous les mouvements financiers.

Les travaux de la fonction comptable sont utiles pour le suivi de la gestion de la société par la direction générale, dans la production des informations essentielles au Conseil d'Administration et à la Commission Régionale de Contrôle des Assurances dans le cadre du contrôle de la CIMA.

Il faut signaler que le service informatique est rattaché au département administratif et financier

Ce service est chargé :

- De développer, d'exploiter des diverses applications informatiques, de gérer le matériel informatique et tout ce qui a trait à la bureautique (saisie, impression...);
- D'élaborer et de mettre en œuvre la politique informatique ;
- D'assister les utilisateurs des matériels informatiques ;
- De superviser, contrôler et réaliser les travaux informatiques avec des intervenants extérieurs (fournisseurs, prestataires de services,...).

## **CHAPITRE II : ANALYSE DES OPERATIONS TECHNIQUES**

Dans ce chapitre, nous vous présenterons premièrement les produits de la SAAR, ensuite, nous ferons l'analyse tant au niveau de la production qu'au niveau du sinistre.

La SAAR Tchad exerce ses activités dans la branche IARD. Cette branche s'occupe des assurances dommages et donc soumise aux principes indemnitaires. Elle est gérée en répartition.

### **SECTION 1 : LES ASSURANCES OBLIGATOIRES ET LES ASSURANCES FACULTATIVES.**

Parmi les produits que vend la SAAR, on distingue ceux qui sont obligatoires et ceux qui sont facultatifs.

#### **A- LES ASSURANCES OBLIGATOIRES**

Le pouvoir public a institué trois (3) régimes obligatoires dans notre pays : l'assurance automobile (volet RC), l'assurance transport des facultés importées et l'assurance tous risques chantiers.

L'objectif de l'Etat est d'assurer la protection des biens, des personnes, des victimes d'accidents et des gros investisseurs du risque imminent.

##### **1 - L'assurance automobile (volet RC)**

Elle est rendue obligatoire par ordonnance n° 01 /CD de 1965 et concerne uniquement le volet RC. Cette garantie couvre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'assuré pour des dommages dont il est responsable du fait de la mise en circulation du véhicule terrestre à moteur.

##### **2 - L'assurance transport des facultés importées**

Elle est rendue obligatoire par décret n° 736/MFM/MEC/DG/SCA/85 du 19 novembre 1985. Ce décret est mis en application par arrêté n° 0019/MFM/MEC/DG/SCA/86 qui stipule en son article premier que « l'obligation d'assurance instituée par ce décret s'applique aux facultés ou marchandises dont la valeur en FOB (Free On Bord) atteint 500 000 F CFA ». Elle englobe le transport maritime, aérien, ferroviaire et terrestre.

### **3 - L'assurance Tous risques chantiers**

Rendue obligatoire par décret n° 737/PR/ MFM/DG/SCA/85 du 15 novembre 1985, cette assurance couvre la responsabilité du promoteur de l'œuvre du chantier contre les dommages matériels et corporels pouvant survenir de son fait d'une part, et les dommages matériels pouvant être subis par l'ouvrage depuis le début des travaux jusqu'à la réception d'autre part.

## **B - LES ASSURANCES FACULTATIVES**

### **1 - L'assurance maladie**

Elle garantit le remboursement des divers frais exposés à l'occasion d'une maladie. Le remboursement des frais se fait à travers deux systèmes de gestion à savoir : le remboursement direct et le tiers payant. L'option de remboursement est au choix du souscripteur. Une franchise selon le contrat est laissée à la charge de l'assuré.

### **2 - L'assurance individuelle accidents**

Elle couvre les risques d'accidents qui constituent une menace quotidienne pour les hommes d'affaires, les commerçants, les chefs d'entreprises, les particuliers, les chefs de familles et les travailleurs tant dans la vie privée que professionnelle.

### **3 - L'assurance incendie et perte d'exploitation**

Elle couvre les réparations des dommages matériels causés à autrui par un incendie ayant pris naissance chez l'assuré qui est donc responsable. Elle couvre également les dommages subis par les biens meubles et immeubles ainsi que leurs embellissement, la perte de loyer, la privation de jouissance et la perte d'exploitation qu'une entreprise pourrait subir à la suite d'un incendie ayant réduit les activités pendant une période donnée.

### **4 - L'assurance responsabilité civile chef d'entreprise et responsabilité civile générale**

L'entreprise est parfois responsable des dommages corporels, matériels ou immatériels causés à des tiers (clients, victimes) pendant son activité, l'assurance RC permet à l'entreprise de garantir les conséquences financières de ces dommages.

### **5 - L'assurance multirisque habitation et bureau (MRHB)**

L'assurance MRHB est un package de garantie. Elle couvre entre autre :

L'incendie, explosion et risques annexes, le vol, les dégâts des eaux, le bris de glaces et vitres, tous risques informatiques.

### 6 - L'assurance bris de machine (BDM)

Elle couvre les dommages subis par les machines se trouvant au sein de l'entreprise ainsi que les dommages survenus aux biens assurés lors des travaux de montage, de remontage, de révision, d'entretien ou de déplacement dans l'enceinte de l'entreprise.

Avant de faire une analyse sur les émissions des primes et les paiements de sinistres, nous allons nous pencher sur les chiffres d'affaires des compagnies sur le marché Tchadien sur les trois dernières années.

*Tableau 1 : Chiffre d'affaires du marché Tchadien.*

Branches	2015	2016	2017
Automobile	6 033 744 190	3 759 162 656	3 899 202 913
Incendie	3 722 393 380	2 140 995 342	4 138 819 006
Accident et Maladie	2 310 702 262	3 295 465 536	3 906 717 581
RC Générale	1 276 921 130	1 281 561 471	451 025 312
Transport	508 847 550	710 747 304	407 049 056
Autres Risques	225 072 846	816 668 887	462 783 851
<b>TOTAL</b>	<b>14 077 681 358</b>	<b>12 004 601 196</b>	<b>13 265 597 719</b>

**Source :** Compilation des données de la STAR Nationale et la SAAR.

Du constat du tableau ci-haut, l'assurance maladie occupe la deuxième place pour les deux dernières années successivement après automobile en 2016 et incendie en 2017. En 2015, elle occupe la troisième place après l'automobile et l'incendie. Nous pouvons remarquer que son chiffre sur le marché va croissant sur la période convenue.

## SECTION 2 : ANALYSE DE LA PRODUCTION ET DU SINISTRE

Dans cette section, nous examinerons les aspects techniques de la production et du sinistre.

### A - ANALYSE DE LA PRODUCTION

Toute opération d'assurance commence généralement par un questionnaire puis une proposition d'assurance que remplit le souscripteur. C'est à partir de ces renseignements fournis par le souscripteur que l'assureur décide d'accepter ou refuser le risque proposé. Lorsqu'un risque est accepté par l'assureur, ce dernier procède à la rédaction du contrat, à

l'émission de la prime et à l'enregistrement de la police dans le bordereau de la production.

Ces différentes opérations se font tant au niveau des agences qu'au siège. Certains produits (incendie, maladie, BDM, MRHB,...) sont souscrits directement au siège.

Il faut relever que pendant notre stage, nous avons fait des régularisations des divers contrats souscrits par les intermédiaires (GRAS-SAVOYE et ASCOMA). L'assurance automobile et l'assurance voyage sont souscrits par ces derniers en dessous du tarif normal pratiqué par la SAAR.

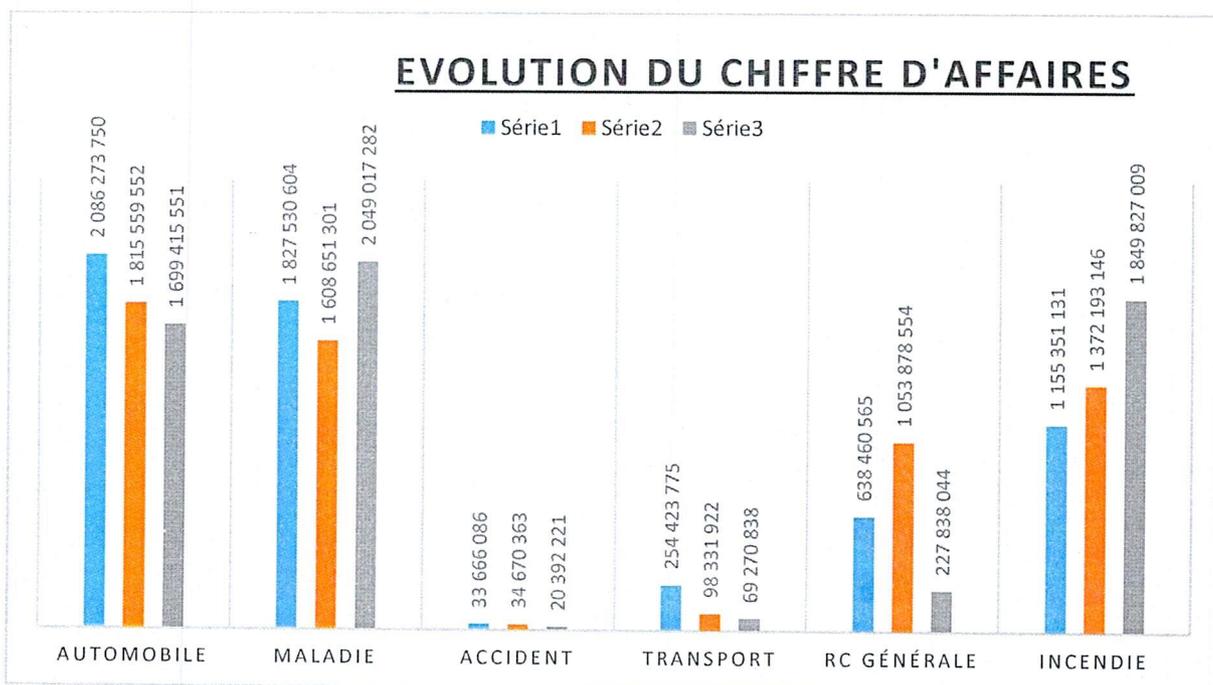
Nous avons également fait des cotations des contrats des risques divers (maladie, incendie, tous risque chantier, RC professionnelle,...). Tous les contrats d'assurance sont souscrits à partir d'un nouveau logiciel (ORASS) en application depuis le mois d'avril 2018.

Les tableaux ci-dessous nous permettent de visualiser l'évolution du chiffre d'affaires pour les trois dernières années et la part de chaque branche dans le chiffre d'affaire à partir des statistiques produits par le département administratif et financier

*Tableau 2 : la tendance d'évolution du chiffre d'affaires*

Branches	Série 1: 2015	Série 2: 2016	Evolution	Série 3: 2017	Evolution
Automobile	2 086 273 750	1 815 559 552	-12,98	1 699 415 551	-6,40
Maladie	1 827 530 604	1 608 651 301	-11,98	2 049 017 282	27,37
Accident	33 666 086	34 670 363	2,98	20 392 221	-41,18
Transport	254 423 775	98 331 922	-61,35	69 270 838	-29,55
RC Générale	638 460 565	1 053 878 554	65,07	227 838 044	-78,38
Incendie	1 155 351 131	1 372 193 146	18,77	1 849 827 009	34,81
<b>Total</b>	<b>5 995 705 911</b>	<b>5 983 284 838</b>	<b>-0,21</b>	<b>5 915 760 945</b>	<b>-1,13</b>

**Source:** Les états financiers de la SAAR Assurances



*Figure 1 : Evolution du chiffre d'affaires*

A partir de ce tableau, on constate une croissance du chiffre d'affaire pour les branches RC Générale, Incendie et Accident pour l'exercice 2016. La branche RC Générale occupe la premier rang avec un taux de croissance de 65,07%, suivi de l'incendie (18,77%), puis Accident (2,98%). La branche transport est celle qui a connu une forte régression en 2016(-61,35%), suivi de la branche automobile (-12,96%), puis maladie (-11,97%).

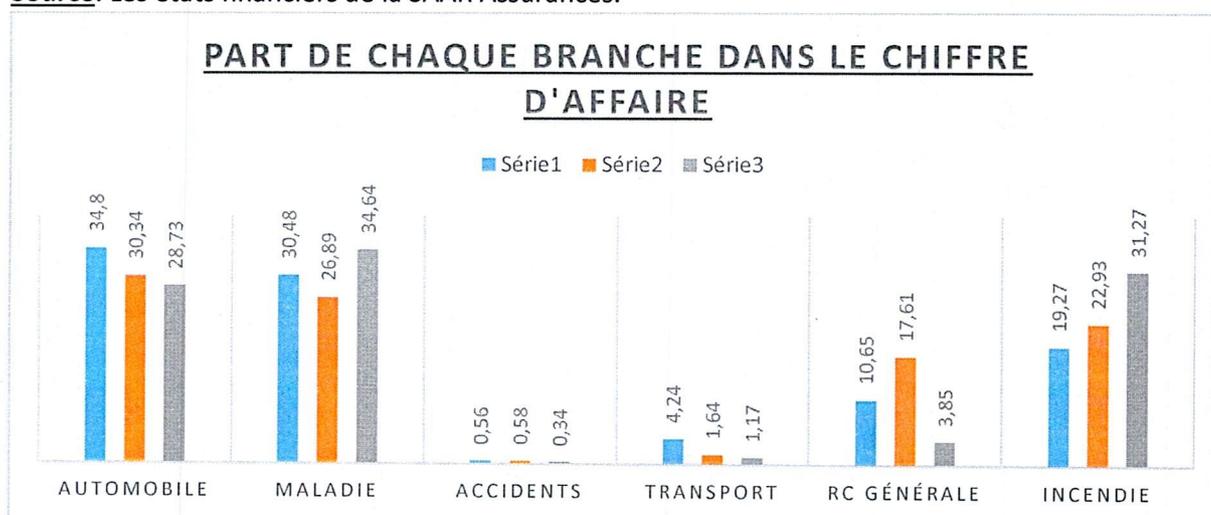
En 2017, ce sont les branches Incendies (34,80%) et Maladie (27,37%) qui connaissent une croissance tandis que les RC Générale (-78,38%), accident (-41,18%), transport (-29,55%), automobile (-6,40%) subissent une baisse de chiffre d'affaire.

Cette décroissance du chiffre d'affaire se justifie par la baisse du prix du baril de pétrole au niveau mondial ayant pour conséquence le licenciement de personnel dans plusieurs entreprises. Ces licenciements occasionnent de nombreux retraits des assurés de la liste de prise en charge.

*Tableau 3 : Part de chaque branche dans le chiffre d'affaires de la compagnie*

Branches	2015	Série1: Taux	2016	Série2: Taux	2017	Série3: Taux
Automobile	2 086 273 750	34,8	1 815 559 552	30,34	1 699 415 551	28,73
Maladie	1 827 530 604	30,48	1 608 651 301	26,89	2 049 017 282	34,64
Accidents	33 666 086	0,56	34 670 363	0,58	20 392 221	0,34
Transport	254 423 775	4,24	98 331 922	1,64	69 270 838	1,17
RC Générale	638 460 565	10,65	1 053 878 554	17,61	227 838 044	3,85
Incendie	1 155 351 131	19,27	1 372 193 146	22,93	1 849 827 009	31,27
<b>Total</b>	<b>5995707926</b>	<b>100</b>	<b>5983286854</b>	<b>100</b>	<b>5915762962</b>	<b>100</b>

Source: Les états financiers de la SAAR Assurances.

*Figure 2 : Part de chaque branche dans le chiffre d'affaires de la compagnie.*

Il ressort de ce tableau, une croissance de la branche incendie sur le chiffre d'affaires sur les trois dernières années. De 19,27% en 2015, le taux passe à 22,93% en 2016 puis 31,27% en 2017. On constate une régression constante de la part de la branche automobile sur le chiffre d'affaires pour les trois dernières années. De 34,80% en 2015, il descend à 30,34% en 2016 et puis à 28,73% en 2017. Cette régression concerne également la branche transport.

On constate un flottement concernant la branche maladie car le taux a subi une légère régression de 2015 à 2016 (de 30,48% à 26,88%) et puis, une croissance de 2016 à 2017 (de 26,88% à 34,64%). Ce flottement concerne également la RC et accident.

Pour toute entreprise, faire du chiffre d'affaires est primordial. Cependant, il est capital de vérifier à chaque instant si cette croissance ne comporte pas des velléités qui pourraient nuire à la rentabilité de l'entreprise.

Cette problématique nous conduit inéluctablement à faire une analyse sur la consommation par branche ainsi que le rapport entre les primes acquises et les charges de sinistres.

## **B- ANALYSE DU SINISTRE**

Le règlement de sinistre se fait à travers deux procédures : la procédure amiable et la procédure contentieuse

La procédure amiable est basée sur le dialogue et la négociation en vue d'un compromis tandis que la procédure contentieuse est coercitive. Le client peut attaquer directement l'assureur en justice sans passer par une procédure amiable ou après un échec de consensus entre les parties. Les compagnies adverses peuvent faire recours à cette procédure pour obtenir réparation.

A la SAAR, tous les sinistres sont gérés au siège et passent par les étapes ci-après :

- ✓ Déclaration du sinistre par l'assuré, mise en cause par l'assureur adverse ou la justice ;
- ✓ Ouverture du dossier sinistre (enregistrement dans un fichier Excel avec un numéro d'identification (2002 202 18 00001) et puis dans le logiciel ORASS avec un numéro) ;
- ✓ Réception de PV de constat de la police (excepté maladie) ;
- ✓ Réception de la réclamation et toutes les pièces nécessaires à l'instruction du dossier ;
- ✓ Instruction du dossier (étude des conditions de garantie, mise en cause et désignation d'un expert) ;
- ✓ Effectuer des visites de sinistres ;
- ✓ Réception des certificats médicaux (dommages corporels) et rapport d'expertise (dommages matériels) ;
- ✓ Emission de fiche de règlement à l'attention de la direction technique ;
- ✓ Présentation de l'offre de règlement ;
- ✓ Emission des quittances de règlement. ;
- ✓ Paiement de sinistres;
- ✓ Classement des dossiers payés suivant un ordre chronologique.

La branche maladie ne suit pas toutes ces étapes. Elle se gère à travers :

- ✓ La saisie des bons de prise en charges ;
- ✓ Des visites intempestives dans les cliniques et cabinets ;
- ✓ Réception des réclamations des prestataires et assurés ;
- ✓ La saisie des honoraires des prestataires ;
- ✓ Emission des quittances de remboursement ;
- ✓ Paiement ;
- ✓ Production des statistiques de consommation ;
- ✓ Classement des dossiers déjà réglés.

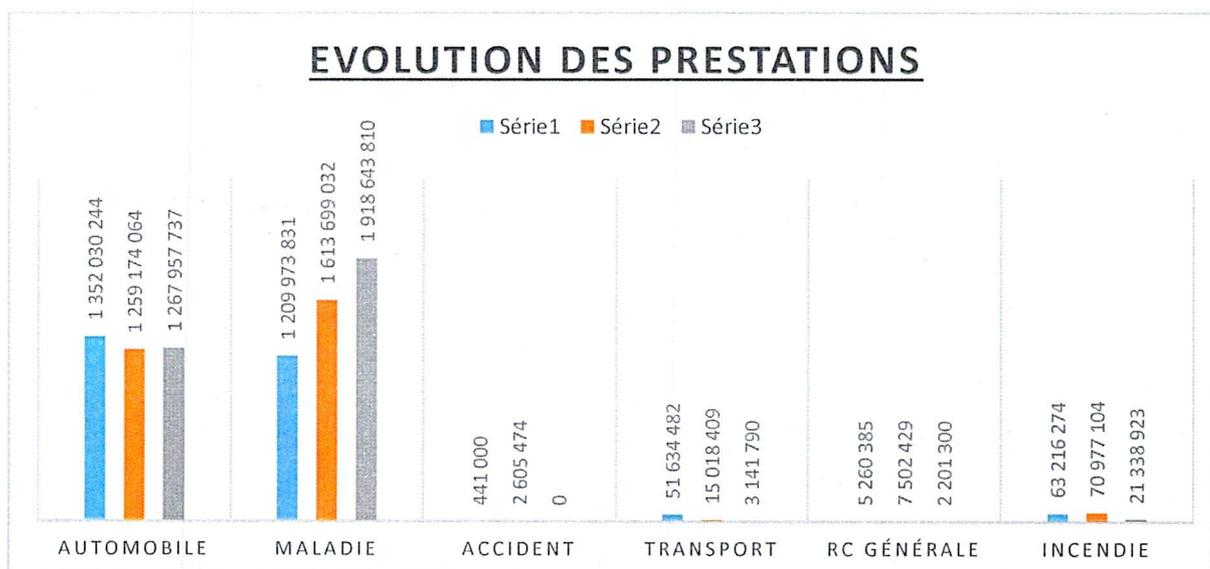
Il faut noter que pendant notre stage au département sinistre et contentieux, nous avons assumé le rôle du gestionnaire de sinistre automobile et risque divers pendant deux semaines à l'absence du gestionnaire en congé. Pendant cette période, nous avons recueillis des déclarations, instruit plusieurs dossiers jusqu'au paiement et clôturé certains dossiers.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous l'évolution des prestations pour les trois dernières années

*Tableau 4 : Tendances d'évolution des prestations*

Branche	Série 1 : 2015	Série 2: 2016	Evolution	Série 3: 2017	Evolution
Automobile	1 352 030 244	1 259 174 064	-6,87	1 267 957 737	0,70
Maladie	1 209 973 831	1 613 699 032	33,37	1 918 643 810	18,90
Accident	441 000	2 605 474	490,81	0	-100,00
Transport	51 634 482	15 018 409	-70,91	3 141 790	-79,08
RC					
Générale	5 260 385	7 502 429	42,62	2 201 300	-70,66
Incendie	63 216 274	70 977 104	12,28	21 338 923	-69,94
Total	2 682 556 216	2 968 976 512	10,68	3 213 283 560	8,23

Source: Les états financiers de la SAAR Assurances



**Figure 3 :** *Tendance d'évolution des prestations*

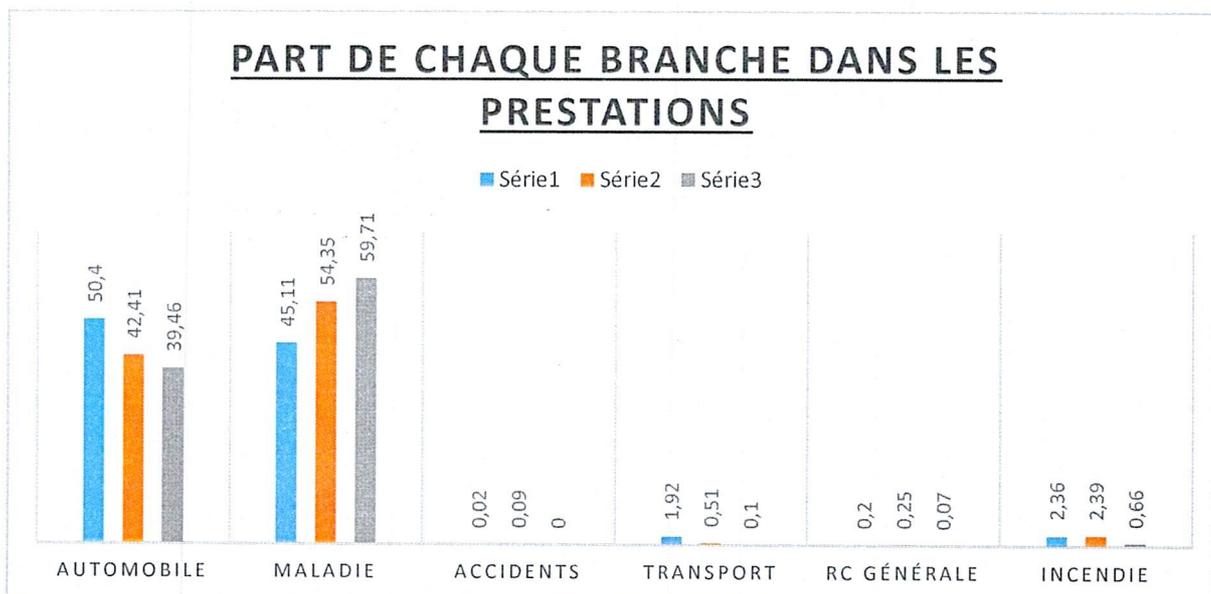
De ce tableau, nous remarquons une baisse de prestations sur l'ensemble des branches en 2017. Cette baisse se traduit par la décroissance du chiffre d'affaires liée à la conjoncture actuelle que traverse le pays. La branche accident est celle qui a connu une forte baisse : de 491% en 2016 à -100% en 2017.

Le tableau suivant fait une analyse sur la part de chaque branche dans les prestations globales.

**Tableau 5 :** *Part de chaque branche dans les prestations de la compagnie*

Branches	2015	Série 1: Taux	2016	Série 2: Taux	2017	Série 3: Taux
Automobile	1 352 030 244	50,4	1 259 174 064	42,41	1 267 957 737	39,46
Maladie	1 209 973 831	45,11	1 613 699 032	54,35	1 918 643 810	59,71
Accidents	441 000	0,02	2 605 474	0,09	0	0
Transport	51 634 482	1,92	15 018 409	0,51	3 141 790	0,1
RC Générale	5 260 385	0,2	7 502 429	0,25	2 201 300	0,07
Incendie	63 216 274	2,36	70 977 104	2,39	21 338 923	0,66
<b>Total</b>	<b>2682558231</b>	100	<b>2968978528</b>	100	<b>3213285577</b>	100

**Source:** Les états financiers de la SAAR Assurance



*Figure 4 : Part de chaque branche dans les prestations de la compagnie*

Nous remarquons à partir de cette analyse que les branches automobile et maladie connaissent une forte sinistralité. Ainsi en 2015, la branche automobile occupe le premier rang avec une part de 50,40% suivi de la branche maladie avec une part de 45,11%. La branche accident vient en dernière position avec une part de 0,02%.

En 2016 et 2017, c'est la branche maladie qui connaît une forte prestation avec des parts respectives de 54,35% et 59,71% suivie de la branche automobile avec des parts respectives de 42,41% et 39,46%. La branche accident occupe la dernière place sur les deux dernières années.

Tableau 6 : *Tendance d'évolution de la sinistralité*

	2015	2016	2017	Branche
Primes acquises	1 932 930 083	1 760 189 958	2 145 287 684	Maladie
Charges de sinistres	1 210 669 158	1 631 956 594	1 904 129 170	
<b>S/P</b>	<b>62,63</b>	<b>92,71</b>	<b>88,76</b>	
Primes acquises	1 866 930 288	1 753 918 430	1 822 204 926	Automobile
Charges de sinistres	1 257 388 066	1 117 614 598	1 083 137 516	
<b>S/P</b>	<b>67,35</b>	<b>63,72</b>	<b>59,44</b>	
Primes acquises	33 773 521	32 619 788	24 952 680	Accident
Charges de sinistres	1 102 500	4 193 992	3 043 929	
<b>S/P</b>	<b>3,26</b>	<b>12,86</b>	<b>12,20</b>	
Primes acquises	254 423 775	98 331 922	69 270 838	Transport
Charges de sinistres	134 737 573	49 514 988	-93 248 086	
<b>S/P</b>	<b>52,96</b>	<b>50,35</b>	<b>-134,61</b>	
Primes acquises	624 559 797	899 295 927	383 877 445	RC Générale
Charges de sinistres	19 295 481	154 738 008	-172 192 300	
<b>S/P</b>	<b>3,09</b>	<b>17,21</b>	<b>-44,86</b>	
Primes acquises	1 174 740 499	1 334 117 009	2 002 252 349	Incendie
Charges de sinistres	192 465 478	353 934 155	13 923 354	
<b>S/P</b>	<b>16,38</b>	<b>26,53</b>	<b>0,70</b>	

Source: Etats financiers de la SAAR Assurances

Selon la décomposition théorique de la prime de 100 francs, le rapport S/P doit représenter 65% au maximum. Autrement dit, lorsque le rapport S/P est supérieur à 65%, la branche est déficitaire. Le cas contraire traduit la rentabilité de la branche. L'analyse des données statistiques sur les trois dernières années montre aisément que la branche maladie est déficitaire pour les deux dernières années. Ce taux qui est de 62,63% en 2015 s'est considérablement dégradé pour atteindre un taux de 92,72% en 2016 avant de subir une légère baisse en 2017 (88,76%)

De l'observation des tableaux ci-dessus, il ressort clairement que tous les efforts fournis par le service commercial pour la mobilisation des primes furent amoindris par la gestion du sinistre.

La question qu'on est en droit de nous poser est de savoir : est ce qu'il existe des caractéristiques (forces, opportunités, faiblesses et menaces) propres à cette branche sur lesquelles il faut s'appuyer pour rentabiliser ce produit ?

## DEUXIEME PARTIE : GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE

Nous nous appesantirons autour de deux points essentiels :

- ✓ Présentation de l'assurance maladie (Chapitre I),
- ✓ Diagnostic et thérapie des cas de la fraude (Chapitre II)

# **CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ASSURANCE MALADIE**

Nous exposerons dans ce chapitre le bien-fondé de l'assurance maladie dans la vie quotidienne et les différents systèmes de sa gestion.

## **SECTION 1 : OBJET ET INTERET DE L'ASSURANCE MALADIE.**

Nous parlerons dans cette section du rôle et de l'importance de l'assurance maladie dans la vie quotidienne.

### **A – OBJET :**

L'assurance maladie est une garantie qui couvre le remboursement des frais exposés par l'assuré dans le cadre du traitement d'une maladie et par extension d'un accident corporel, soit la prise en charge directe de ses soins auprès des prestataires.

Cette définition fait ressortir deux volets de l'assurance maladie :

- Le remboursement direct : L'assuré se soigne et présente les justificatifs à l'assureur qui procède au remboursement ;
- Le tiers payant : l'assureur signe des conventions avec des prestataires de soins (cliniques, hôpitaux, laboratoires, pharmacies etc...) auprès desquels l'assuré se fait soigner sur bon de prise en charge et l'assureur paye directement au prestataire.

Cette garantie couvre un certain nombre de risques tels que: les frais de consultation, les frais de traitement, les frais d'hospitalisation, les frais d'examen et d'analyse médicale, les frais de pharmacie, les cures thermales, les séjours en prévention et sanatorium, les frais de soins dentaires, les frais d'évacuation sanitaire, l'optique médicale ou les frais de monture,...

### **B – L'INTERET.**

#### **1 – Produit d'appel**

Un produit d'appel est un produit alléchant qui attire la clientèle, grâce à son bas prix. Il est vendu exactement comme les produits de grande consommation qui se vendent au marché pratiquement en perte, afin que les clients assimilent ces prix très bas à ceux de l'ensemble du marché.

C'est exactement le cas de l'assurance maladie qui, malgré ses résultats déficitaires permanents, l'assureur continue à le garder dans son portefeuille.

L'objectif de l'assureur de conserver ce produit dans son portefeuille est d'attirer d'autres risques afin d'assurer la compensation.

## **2 – L'originalité**

L'assurance maladie ne permet pas de faire jouer à fond toutes les techniques de l'assurance. Elle consiste, sur toute l'année, en une succession des sinistres gérés en termes de remboursement des frais pharmaceutiques et médicaux. Elle est distribuée par les compagnies dommages et les compagnies vies.

## **3 – La sécurité pour l'assuré**

Malgré le coût de la prime, l'assuré maladie se sent en sécurité car il est libre de choisir entre les formations hospitalières et les pharmacies de qualité pour ses soins. De même, les prestations qu'il reçoit de ces formations n'étant limitées que par la nature de l'affection et en fonction des clauses contractuelles de la police d'assurance. Les délais de remboursement dans cette branche sont courts et la cadence de règlement étant soutenue.

## **SECTION 2 : TARIFICATION ET LE SYSTEME DE GESTION**

Nous relèverons dans cette section quelque facteur de détermination de la prime mais aussi des exclusions.

### **A - TARIFICATION**

#### **1 - Cotation**

Le tarif maladie prend en compte le coût moyen des soins de santé, le taux de couverture prévu au contrat, l'âge de l'assuré et parfois le sexe. Les assureurs s'appuient sur les statistiques en leur possession.

L'objectif de l'assureur est de souscrire des affaires qui lui permettront de dégager un certain profit.

#### ➤ La clause d'ajustement :

C'est un mécanisme, prévu dans le contrat, qui permet de fixer à chaque renouvellement la nouvelle prime en fonction du rapport S/P calculé à l'échéance du contrat.

L'objectif de l'assureur est de faire participer les assurés les plus sinistrés aux charges de sinistre.

Le pourcentage d'ajustement est déterminé en tenant compte du chargement d'acquisition et du chargement de gestion. Ce barème ci-après est accordé uniquement aux clients qui ont plusieurs risques en portefeuille et dont leurs sinistralités sont faibles.

*Tableau 7 : Barème d'ajustement des primes au renouvellement*

Rapport S/P	Pourcentage d'ajustement
De 0 à 59%	Réduction de 15%
De 60 à 69%	Réduction de 10%
De 70 à 75%	Réduction de 5%
De 76 à 79%	Stable
De 80 à 89%	Majoration de 10%
De 90 à 99%	Majoration de 25%
De 100 à 119%	Majoration de 36%
De 120 à 139%	Majoration de 50%
de 140 à 149%	Majoration de 75%
De 150 à 199%	Majoration de 120%
De 200 à 219%	Majoration de 140%
De 240 à 259%	Majoration de 180%
De 260 à 279%	Majoration de 200%
De 280 et plus	Majoration de 250%

**Source:** Contrat Maladie Maladie

## 2 - les exclusions de la garantie.

L'assurance maladie comme les autres branches comporte deux formes des exclusions : les exclusions générales (communes à tous les contrats d'assurance) et les exclusions spécifiques (liées à chaque contrat).

### 2 - 1 : Les exclusions générales :

- La guerre civile ou étrangère ;
- Les émeutes et mouvements populaires ;
- La participation à des rixes (sauf cas de légitime défense), ou à des compétitions sportives dangereuses ;
- L'abus d'alcool, l'usage des stupéfiants hors prescription médicale ;
- Les accidents provenant de la navigation aérienne sportive ;
- Les maladies ou accidents occasionnés directement ou indirectement par la désintégration du noyau atomiques.

### 2 -2 – Les exclusions spécifiques

- Les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, sauf s'ils sont consécutifs à un accident couvert par le contrat maladie ainsi que les traitements contre la cellulite et l'obésité ;
- Les produits pharmaceutiques non agréés par le ministère de la santé publique ainsi que ceux à usage familial (coton hydrophile, sparadrap, bandes, ...) ;
- Les objets à usage médical courant tels que thermomètre, seringues, vessies, inhalateurs ;
- Les malformations congénitales ;
- Les frais de recherches de traitement de la stérilité et à but contraceptif y compris la fécondation in vitro et l'insémination artificielle ;
- Les maladies, blessures et infirmités antérieures à la prise d'effet du contrat ;
- Les bilans de santé ;
- Le traitement par psychanalyse.

## **B - LE SYSTEME DE GESTION**

Les compagnies d'assurance ont mis sur pied deux systèmes de gestion du contrat maladie.

### **1 – Le système de remboursement direct**

Dans ce système, l'assuré se soigne et paie la totalité de la facture dans l'officine ou le centre de santé de son choix. Il se retourne ensuite vers l'assureur pour réclamer le remboursement selon le taux de couverture.

Pour obtenir le remboursement, l'assuré doit présenter un certain nombre de pièces justificatives.

- Une demande de déclaration de la maladie adressée par le souscripteur et signée par ce dernier ;
- Les prescriptions médicales relatives aux frais de consultation, d'analyse, radiographie, optique,.... ;
- Les reçus des frais de consultation, analyse, radiographie, optique, soins dentaires... ;

- Les tickets de caisse attestant le paiement des médicaments à la pharmacie, radiographie, optique... ;
- Les vignettes (à défaut, les morceaux d'emballage portant les noms et prix du médicament) ;

A la réception de ces différents documents, le gestionnaire instruit le dossier pour le remboursement. Certaines factures dont le montant est élevé sont soumises à l'appréciation du médecin conseil qui est habilité à exclure ou non.

## **2 – le tiers payant.**

Dans le souci de satisfaire le besoin de sa clientèle (assurés) que l'assureur signe avec un ensemble de formations hospitalières et pharmacies des conventions de collaboration pour permettre à sa clientèle ( assurés) de s'y rendre pour recevoir les soins nécessaires sans déboursier de l'argent si le taux de prise en charge est de 100%. En cas d'une prise en charge à 80%, l'assuré paie les 20% à la formation hospitalière. Les 20% laissés à la charge de l'assuré s'appelle un ticket modérateur ayant pour rôle de moraliser l'assuré (le rendre responsable de ses engagements).

En cas de maladie, l'assuré a le choix entre les formations hospitalières conventionnées. Il s'y rend avec deux fiches maladies signés par la SAAR et contre signées par le souscripteur du contrat. Après la prise en charge, la formation hospitalière conserve une fiche de prise en charge dument remplie par le médecin traitant. La deuxième fiche maladie dument remplie par le médecin traitant est remise à l'assuré avec les ordonnanciers afin de se procurer des produits à la pharmacie.

En cas d'hospitalisation, un certificat d'hospitalisation est adressé à la SAAR pour l'établissement d'un bon de prise en charge.

Au niveau de la pharmacie, les produits sont servis à l'assuré conformément au taux de prise en charge. Le pharmacien conserve la fiche maladie et les ordonnanciers afin de réclamer le remboursement à la SAAR.

A la fin du mois, les formations hospitalières et pharmacies font les points de leurs factures et adressent à la SAAR pour le remboursement.

Dès la réception de l'ensemble de factures accompagnées des documents justificatifs, ceux-ci sont transmis systématiquement au médecin conseil pour appréciation.

Le gestionnaire sinistre fait le remboursement des factures en tenant compte des plafonds de garantie ci-après :

*Tableau 8 : Plafond de garantie*

Garanties	Plafond
Consultation Généraliste	12 000
Consultation spécialiste	30 000
Hospitalisation	45 000
Soins dentaires	350 000
Verres	350 000
Montures	250 000
Accouchement simple	200 000
Accouchement Gémellaire	300 000
Accouchement Dystocique	400 000
Accouchement par Césarienne	600 000
Evacuation sanitaire en Afrique	7 000 000
Evacuation sanitaire en Europe	10 000 000

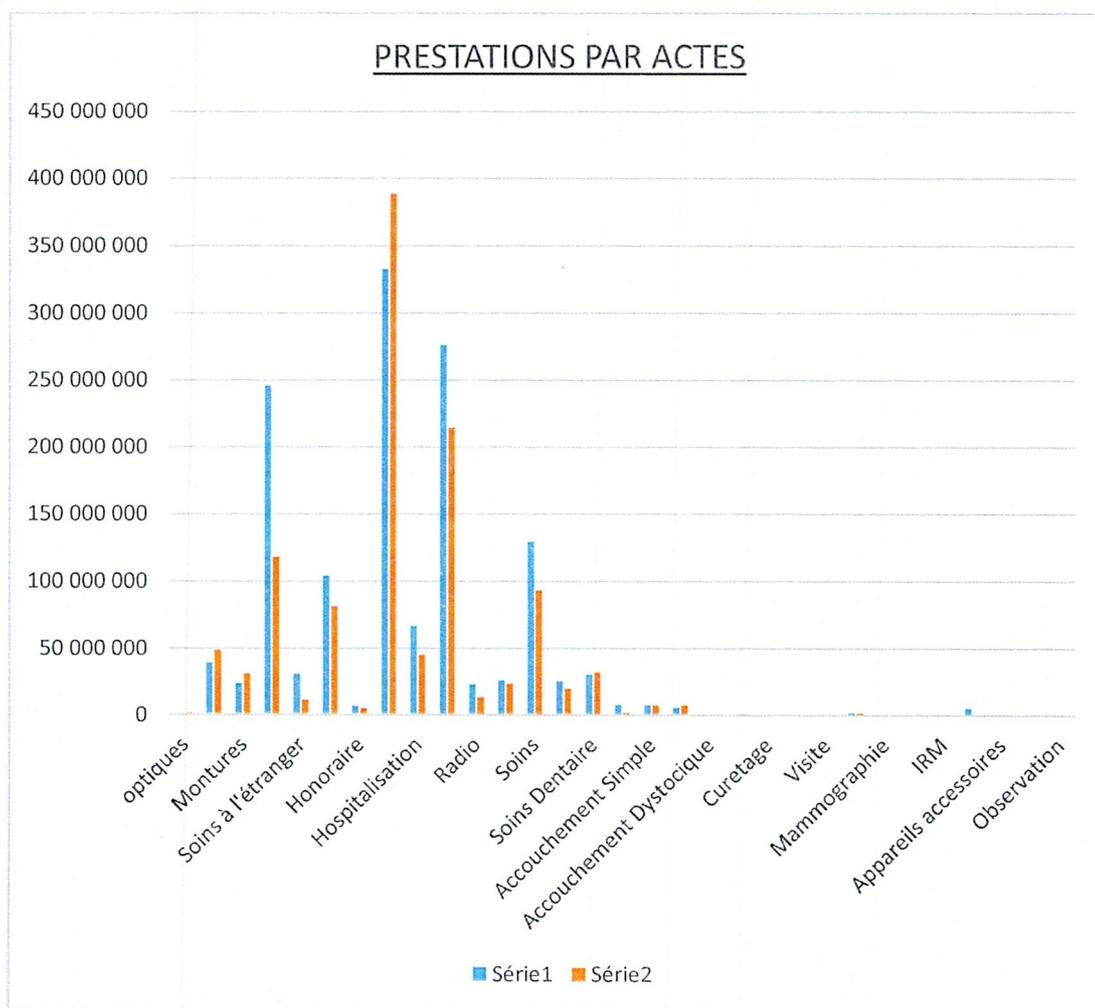
**Source:** Contrat Millicom

Ce plafond de garantie varie d'un contrat à un autre car dépend de la négociation du contrat. Le gestionnaire de sinistre doit à tout moment chercher à établir un équilibre entre les émissions des primes et les règlements de sinistres afin d'obtenir un résultat satisfaisant en fin d'exercice. Ceci passe par le suivi régulier des malades pris en charge, tant au niveau des formations hospitalières qu'au niveau des pharmacies afin de réduire les consommations de certains actes répertoriés dans le tableau ci-après.

*Tableau 9 : Prestations par actes pour les années 2016 - 2017*

Actes	Série 1: 2016	Taux en %	Série 2: 2017	Taux en %
optiques	931 780	0,07	1 328 734	0,12
Verres	39 060 659	2,81	48 437 302	4,22
Montures	23 438 163	1,69	30 567 183	2,66
Evacuation	245 920 399	17,68	117 765 106	10,26
Soins à l'étranger	30 369 596	2,18	10 994 715	0,96
Consultation	104 044 681	7,48	81 286 366	7,08
Honoraire	6 665 630	0,48	4 627 411	0,40
Pharmacie	<b>332 455 964</b>	<b>23,91</b>	<b>388 552 726</b>	<b>33,87</b>
Hospitalisation	66 576 328	4,79	44 888 337	3,91
<b>Analyse</b>	<b>275 926 593</b>	<b>19,84</b>	<b>214 544 900</b>	<b>18,70</b>
Radio	22 716 329	1,63	13 060 664	1,14
Echographie	25 863 564	1,86	23 309 845	2,03
Soins	129 091 982	9,28	93 278 159	8,13
Chirurgie	25 223 411	1,81	19 628 388	1,71
Soins Dentaire	30 084 076	2,16	32 136 086	2,80
Scanner	7 611 900	0,55	1 926 000	0,17
Accouchement Simple	7 339 400	0,53	7 259 200	0,63
Accouchement par Césarienne	5 754 230	0,41	7 342 500	0,64
Accouchement Dystocique	0	0,00	550 000	0,05
Accouchement Gémellaire	0	0,00	824 000	0,07
Curetage	748 000	0,05	0	0,00
Maternité	48 000	0,00	54 000	0,00
Visite	426 200	0,03	231 000	0,02
Rééducation	2 132 900	0,15	1 852 700	0,16
Mammographie	289 590	0,02	36 000	0,00
Pansement	825 900	0,06	979 000	0,09
IRM	363 558	0,03	854 000	0,07
Forfait Journalier	5 486 200	0,39	344 000	0,03
Appareils accessoires	0	0,00	89 524	0,01
hydrotubation	407 976	0,03	0	0,00
Observation	866 700	0,06	575 200	0,05
<b>Total</b>	<b>1 390 669 709</b>	<b>100,00</b>	<b>1 147 323 046</b>	<b>100,00</b>

Source: Statistique de consommation extrait du logiciel G-Maladie



*Figure 5 : Prestations par actes*

La consommation par acte fait ressortir que la pharmacie, analyse et évacuation sanitaire sont des actes les plus consommés avec des taux respectifs de 23,91% ; 19,84% et 17,68% en 2016 puis 33,87%, 18,70% et 10,26%.

Il ressort de cette analyse que malgré la baisse du chiffre d'affaires de la compagnie, le montant de la prestation ne cesse de croître à cause des manœuvres frauduleuses mises en place par les prestataires et les assurés.

Au regard de ce qui précède, nous nous intéressons cette fois ci aux causes de la fraude en assurance maladie et leurs manifestations.

## **CHAPITRE II : DIAGNOSTIC ET THERAPIE DES CAS DE LA FRAUDE**

**La fraude** est l'ensemble des moyens illicites mises en place et utilisés par l'une des parties au contrat ou personne à la chaîne de gestion de l'assurance pour faire payer l'assureur des sinistres fictifs, échapper à des exclusions de garantie qui sont prévues au contrat et faire bénéficier la couverture médicale à une personne qui n'en a pas le droit en réalité ainsi que la surfacturation.

La fraude peut être soit du fait de l'assuré, soit des formations hospitalières et pharmacies qui exploitent le fait que leurs patients ont une couverture maladie, du gestionnaire maladie ou encore du médecin.

**Le diagnostic** en terme médical désigne la détermination de la nature de l'affection. Pour notre thème, il s'explique par la détection des différents types des cas de la fraude.

### **SECTION 1 : DIAGNOSTIC**

Nous analyserons dans cette section les raisons qui amènent les assurés à utiliser les manœuvres frauduleuses pour bénéficier de la prestation de l'assureur et quelles sont les techniques utilisées par ces derniers.

#### **A- LES CAUSES DE LA FRAUDE**

##### **1 - Faiblesse du niveau de revenu par habitant**

Le Tchad est un pays pauvre à revenu par habitant très faible dont le SMIG mensuel est fixé à 59 955 F CFA par habitant avec des situations pire pour certains habitants.

Les revenus sont irréguliers et instables dans leur montant pour certaines personnes (souvent avec plusieurs mois d'arriéré de salaires dans le public et privé). Les populations dans leur majorité rencontrent des difficultés à faire face aux besoins vitaux (se nourrir, se soigner, se loger,...).

##### **2 - L'influence de la solidarité africaine**

L'Afrique en générale et le Tchad en particulier se caractérise par des liens familiaux traditionnellement très larges. La grande famille interviendra encore longtemps dans les situations de malheur et tout le monde continue de compter sur tout le monde. Ce qui ne milite pas en faveur de l'assurance maladie et des tripatouillages.

### **3 - La mauvaise foi des acteurs au contrat**

Les acteurs intervenant à la chaîne de gestion du contrat maladie cherchent à tout prix à tirer profit de la prestation de l'assureur oubliant leur obligation de loyauté qui consiste à exécuter leur obligation avec honnêteté sans léser les intérêts de l'autre.

L'obligation de coopération qui est fondamentale dans une convention de collaboration est mise en mal par ces acteurs pour des intérêts égoïste.

### **4 – Limitation de la couverture médicale**

La couverture maladie s'adresse à une famille restreinte (assuré, conjoint et enfants). Certains membres de la famille ne bénéficient pas de cette couverture malgré la volonté de l'assuré de leur accorder la couverture. De même, certains actes sont plafonnés (évacuation sanitaire, soins dentaires, verres,...), exclus de la garantie (bilan de santé, produits pharmaceutiques non agrées par le ministère de la santé publique,...).

### **5 – Insuffisance d'un dispositif de contrôle**

De notre constat, cette insuffisance de contrôle peut être remarquée tant au niveau de la souscription des contrats (les contrats gérés par les intermédiaires) qu'au niveau de son exécution.

Pour des raisons commerciales, la SAAR accorde à certains intermédiaires (Gras Savoye et Ascoma) la gestion de certains de leurs affaires placées à la SAAR. Vu l'importance de leur apport dans le chiffre d'affaires global de la SAAR, ceux-ci imposent parfois des contrats sans une véritable appréciation du risque par la SAAR. Or nous savons que la seule appréciation d'un intermédiaire n'est pas souvent objective car, préoccupé par les commissions à percevoir oubliant ainsi la qualité du risque.

L'insuffisance du personnel affecté à la gestion du sinistre d'une part et le manque de rigueur dans le contrôle des réclamations des prestataires d'autre part favorisent considérablement la fraude dans cette branche.

Cette insuffisance des gestionnaires et le manque de rigueur dans le contrôle fait en sorte que les réclamations des prestataires sont immédiatement remboursées sans un véritable pointage.

## **6 – Absence d'échange d'information entre les assureurs**

L'antécédent (historique) d'un risque permet à l'assureur d'avoir une opinion sur le risque qu'il s'apprête à assurer. Or, force est de constater que pour des raisons de concurrence, les deux assureurs sur le marché n'échangent pas des informations sur les sinistres antérieurs leur permettant d'apprécier techniquement le risque lorsqu'un souscripteur de la police quitte une compagnie pour une autre.

## **B - MANIFESTATIONS DES FRAUDES**

La fraude peut se manifester de différentes formes tant à la souscription du contrat qu'à son exécution.

### **1 – La fraude lors de la souscription.**

- ✓ Fausse déclaration des circonstances de risque :

En assurance maladie, la tarification du risque respecte un certain nombre de principe tels que :

- La prime doit être adéquate : permettre de couvrir les frais de remboursement des assurés, les frais d'acquisition des contrats, les frais de gestion et éventuellement l'impôt ;
- La prime doit être raisonnable : elle est vue comme une juste contrepartie des indemnités ;
- La prime doit être équitable : répartie de manière équitable entre les diverses catégories d'assurés ;
- La prime doit être compétitive sur le marché où elle est vendue.

Une fausse déclaration des circonstances de risque par le souscripteur biaiserait la détermination exacte du coût de risque.

Pour préserver les assureurs contre cette forme de fraude que la réglementation (Code CIMA) énonce en son article 12 alinéa 2 que : « l'assuré est obligé 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 ».

Pour aider les assurés dans leurs déclarations, la réglementation (Code CIMA) en son article 8, fait obligation à l'assureur d'indiquer clairement à l'assuré ses obligations en ce qui concerne la déclaration des circonstances des risques. C'est cette position du législateur qui oblige les assureurs à mettre en place des imprimés des questionnaires ou

l'assuré répond par oui ou non. Ces imprimés ne sont malheureusement pas utilisés par la SAAR-Tchad car ce dernier, pratique l'assurance groupe à adhésion obligatoire. Dans cette forme d'assurance, il est impossible pour l'assureur d'exclure un membre du groupe. Il a le choix entre accepter tous les membres du groupe ou rejeter entièrement le risque. Cette obligation pèse aussi sur le souscripteur (assurer tous les membres du groupe).

Force est de constater qu'en assurance groupe à adhésion obligatoire, l'assureur est obligé d'accepter des assurés ayant un mauvais état de santé ou un taux de morbidité élevé.

De ce qui précède, les fraudes au niveau de la souscription est loin d'être éradiquer

✓ La rétention de l'information par les intermédiaires :

Les intermédiaires sont rémunérés sur les affaires qu'ils apportent à la compagnie. Le taux de commission peut être de 12 à 20% de la prime commerciale selon chaque intermédiaire. Les intermédiaires perçoivent ces commissions sans prendre des risques contrairement à l'assureur. Et pour profiter de ces avantages, certains intermédiaires sont obligés de conserver certaines informations qui sont de nature à amener l'assureur à rejeter le risque.

✓ Le détournement des clients dans les locaux de la SAAR :

Comme nous l'avons relevé ci-haut concernant la rémunération des intermédiaires, certains intermédiaires tournent autour des locaux de la SAAR pour s'approprier des Clients venus souscrire des contrats en direct. Certains intermédiaires vont jusqu'à subtiliser l'adresse des clients de la SAAR au moment de l'inattention du gestionnaire de fonds de commerce.

## **2 – La fraude lors de l'exécution du contrat.**

En assurance maladie groupe, l'exécution du contrat fait intervenir quatre acteurs principaux : le gestionnaire sinistre, les prestataires (formations hospitalières et pharmacies), les bénéficiaires du contrat (assurés) et le médecin conseil. Chez chaque acteur, nous pouvons constater plusieurs formes de la fraude.

### 2-1 – Fraude chez le gestionnaire sinistre.

a) Dans l'autogestion du contrat maladie SAAR.

La SAAR, dans sa politique de gestion décide de faire une auto assurance de son contrat maladie au détriment des dispositions réglementaires du code CIMA qui voudrait que l'assureur ne soit pas son propre assureur.

Le gestionnaire sinistre, employé de la SAAR et collègue aux autre personnel ne peut gérer de manière objective et efficace les sinistres déclarés par ses collègues. C'est l'exemple des dossiers d'évacuation, les franchises que doivent supporter le personnel, les plafonds de certains actes (lunetteries) ou les factures sans ordonnances. Ce dernier est obligé parfois de ne pas respecter les procédures de gestion pour valider ces dossiers. Il en est de même pour les sinistres des administrateurs ou aucune procédure de gestion n'est respecté.

b) Les contrats maladie confiés aux courtiers

Dans l'optique de conserver sa clientèle afin de bénéficier de sa commission d'apport, certains courtiers font du règlement commercial une règle. Or le règlement commercial est exceptionnel, accordé à un grand client n'ayant pas enregistré un sinistre pendant plusieurs exercices. A cela, il faut ajouter les justificatifs des paiements envoyés plusieurs mois après l'obtention de la provision. Certains chèques n'ont aucun rapport avec le bordereau de paiement qui l'accompagne, une copie de chèque est justifiée de moitié ou bien, un bordereau de paiement est envoyé sans une copie de chèque qui le justifie.

2-2 – La fraude chez les prestataires.

Dans cette partie, il faut comprendre par prestataire, l'ensemble des hôpitaux, des cliniques, des cabinets et des pharmacies. Tous ces acteurs pratiquent de la surfacturation, servent des patients non assurés pour le compte de la compagnie. Ils font des prescriptions qui n'ont aucun rapport avec la nature de l'affection, allongent les jours d'hospitalisation des assurés. Ils établissent également des faux certificats d'évacuation, allongent le nombre de visite de contrôle en cas d'évacuation, servent des produits exclus à la place des produits garanties.

✓ La surfacturation :

A la conclusion de la convention de collaboration avec les prestataires, la SAAR, exige de ces derniers une grille tarifaire des différents actes. Mais lors de l'exécution de la convention, ces grilles ne sont pas respectées. L'analyse GE et NFS, tarifés à 2000 francs

sur la grille sont facturés à 7500 francs .De plus, cette même grille est appliquée différemment à des assurés d'une même société, 2000 F CFA pour certains et 7500 F CFA pour d'autres.

✓ Séjours non justifiés ou en trop :

Certains assurés ne signent pas leur facture de consommation chez les prestataires avant de partir. Ce qui donne l'occasion aux prestataires d'ajouter quelques jours de plus au nombre de séjour réel du patient dans leur clinique ;

✓ Test ou analyse non garantie :

Certaines analyses, telles les traitements de stérilité ou faiblesse sexuelle sont exclus de la garantie selon le contrat. Les prestataires s'obstinent à pratiquer ces analyses. Et pour obtenir remboursement, ces derniers changent ces traitements exclus par des traitements couverts ;

✓ Affection non garantie ;

✓ Acte sans rapport avec la nature de l'affection :

Certains médecins, pour faire entrer de l'argent dans leur caisse prescrivent une batterie d'analyse et d'examen à faire. Certaines analyses n'ont aucun rapport avec la nature de l'affection. C'est l'exemple d'une femme qui souffre du mal de dents et le médecin lui prescrit une échographie, lonogramme et coproculture ;

✓ Test ou analyse non exécuté et /ou indiqué :

Comme nous l'avons relevé ci-haut, certaines analyses prescrites par le médecin et qui n'ont aucun rapport avec la nature de l'affection ne sont jamais exécutées.

✓ Bénéficiaire ne figurant pas au contrat

Chaque fois que la SAAR signe un contrat maladie avec un souscripteur, elle transmet automatiquement la liste des bénéficiaires aux prestataires pour une prise en charge. Les prestataires doivent se référer à cette liste pour s'assurer de l'identité de l'assuré. Force est de constater que ces derniers servent sans tenir compte réellement de cette liste. Certains, en complicité avec les assurés, vont jusqu'à servir sachant pertinemment que le malade n'est pas pris en charge ;

✓ Prescription par complaisance du médecin :

Cette prescription par complaisance se constate beaucoup plus dans l'établissement d'un certificat d'évacuation. Le certificat d'évacuation ne peut être établi que lorsque le

plateau médical national ne permet pas de prendre en charge le malade. Or, il est constaté qu'avec un peu d'argent, la personne peut obtenir ce document, même s'il n'est pas malade ;

✓ Facture déjà réglée :

Certains prestataires profitent du sous-effectif du personnel affecté à la gestion de sinistre maladie pour réclamer le paiement de certaines factures qui ont été déjà payé en espérant que ces factures passeront à l'inattention du gestionnaire. Certains mettent la pression sur le gestionnaire à travers leur relation avec l'équipe de la direction afin que ce dernier n'ait pas suffisamment du temps de contrôle ;

✓ Soins infirmiers pris en compte dans hospitalisation :

Dans la plupart des cas, les soins infirmiers sont compris dans la facture d'hospitalisation, mais certains prestataires réclament cela dans une autre facture;

✓ Prestation hors contrat :

Le contrat d'assurance a une période de garantie. Les soins exécutés avant la prise d'effet ou au terme du contrat ne sont imputables à l'assureur. Les prestataires ont tendance à imputer à l'assureur tous les soins de l'assuré même si ces soins ont été administré après la période de la garantie ;

2-3 – La fraude chez le bénéficiaire.

✓ Soins dans un territoire non garantie :

Ce sont des soins pratiqués en dehors du territoire sans accord préalable du médecin conseil. Sachant qu'ils ne peuvent obtenir remboursement, les assurés, utilisent leur relation avec l'équipe de direction ;

✓ Ticket de caisse non conforme et antérieur à la prescription ;

✓ Facture de la lunetterie non prescrite et non achetée ;

✓ Facture des soins non exécutée par un médecin :

Bien que les soins n'aient pas été pratiqués, les assurés à travers leur relation parviennent à obtenir des factures chez les prestataires ;

✓ Achat de la lunetterie dans moins de deux mois :

Pour l'achat d'un verre, il y a un délai de carence de deux mois. Les assurés, en complicité avec les prestataires parviennent à se procurer les verres avant ce délai ;

- ✓ Analyse non signée par un biologiste ;
- ✓ Facture des soins pratiqués dans un cabinet non autorisé ou non agréé :

Les cabinets chinois et les cabinets des tradi-praticiens pullulent de partout et attirent nos assurés par leur publicité à travers le média,

- ✓ Dépassement de plafond :

Les actes tels que la lunetterie, les soins dentaires, les accouchements, la consultation, etc., ont un plafond. Il y'a aussi un plafond annuel par assuré que ces derniers doivent respecter. Malheureusement, les assurés, par la complicité des prestataires, trichent sur ces plafonds ;

- ✓ Substitution des bénéficiaires :

L'assuré, pour faire bénéficier de la garantie aux membres de la famille non pris en charge, change ceux qui ne sont pas déclarés par ceux qui sont légalement pris en charge avec la complicité du corps médical ;

- ✓ Soins sans prescription médicale :

Certains assurés se rendent à la pharmacie acheter des produits sans consultation, ni une ordonnance et réclament le remboursement à la SAAR. Certains se font délivrer une ordonnance par des faux docteurs ;

- ✓ Documents de soins non authentiques :

Les ordonnances non conformes proviennent des docteurs de la rue, appelés communément « docteur Tchoukou ». Ces ordonnances sont généralement sans date/signature/cachet. Elles sont prescrites sans diagnostic, et ne comportent ni un nom/prénom. Elles sont aussi surchargées ;

- ✓ Consultation non conforme :

Ce sont généralement des consultations pratiquées par les infirmiers ou les garçons de salle dans les centres urbains ;

- ✓ Produit ou matériel non garantie (poudre, crème, gel,...) ;
- ✓ Reçu sans rapport avec l'ordonnance.

2 – 4 : La fraude chez le médecin conseil

- ✓ L'établissement par complaisance des rapports pour confirmer l'évacuation sanitaire d'un malade alors que le plateau national peut le prendre en charge ;

✓ La validation de certains examens et/ou produits qui sont exclus de la garantie. En somme quelques manœuvres frauduleuses misent en place par les différents acteurs afin de profiter de la prestation de l'assureur.

Avec la diligence du gestionnaire et son équipe, un montant de 160 356 636 F CFA a pu être exclu en 2017, répartis dans le tableau ci-dessous, ce qui représente un pourcentage de 12,50% sur le règlement annuel.

**Tableau 10** : Les prestations exclues par le gestionnaire en 2017

Actes	Montants	pourcentage
Laboratoire	74 847 576	46,68
Pharmacie	43 984 464	27,43
Soins	11 317 030	7,06
Consultation	9 222 859	5,75
Lunetterie	7 843 645	4,89
Hospitalisation	5 308 477	3,31
Chirurgie	3 058 310	1,91
Soins dentaires	2 906 665	1,81
Accouchement	1 062 300	0,66
Soins à l'étranger	508 718	0,32
Evacuation sanitaire	296 592	0,18
<b>Total</b>	<b>160 356 636</b>	<b>100,00</b>

Sur les 160 356 636 F CFA, le montant sauvé des mains des fraudeurs, le laboratoire occupe la 1<sup>re</sup> place avec 74 847 576 F CFA, soit 6% suivi ensuite de la pharmacie avec un montant de 43 984 464 F CFA, soit 3,4%. Les soins et la consultation ont un montant respectif de 11 317 030 F CFA et 9 222 859 FCFA. La lunetterie occupe la 5<sup>e</sup> place avec un montant de 7 843 645 FCFA, suivi de l'hospitalisation avec un montant de 5 308 477 F CFA. L'évacuation sanitaire tient la queue avec un montant de 296 592 F CFA, suivi des soins à l'étranger avec un montant de 508 718 FCFA.

Le faible montant enregistré pour l'évacuation sanitaire et les soins à l'étranger peut s'expliquer par le manque de moyens fiables de contrôle de cette garantie par le gestionnaire de sinistre.

## **SECTION 2 : THERAPIE AUX CAS DE FRAUDE**

**La thérapie** se définit en médecine comme un ensemble de traitements administrés par un corps médical en vue de soigner une maladie. Pour notre cas, c'est un ensemble de solutions en vue de réduire la fraude.

### **A- LES MESURES INTERNES DE CONTROLES EXISTANTES.**

Les mesures internes de contrôle sont entre autres l'application des clauses, le respect des dispositions et l'exploitation efficace des éléments ci-après :

- ✦ Le contrat d'assurance : Ce document n'édicte pas seulement les obligations de chaque partie mais va au-delà en citant les risques garanties, les exclusions, les plafonds de garantie et les franchises à la charge de l'assuré ;
- ✦ La fiche de déclaration maladie : Cet imprimé est mis à la disposition du souscripteur par la SAAR. Il est signé par le service sinistre et contresigné par le souscripteur. Il fait obligation au médecin traitant de remplir formellement toutes les informations contenues dans cet imprimé. Il permet d'identifier l'assuré/bénéficiaire, de connaître la nature de son affection et soins correspondant.
- ✦ Un logiciel de traitement : Du logiciel G-Maladie à ORASS aujourd'hui, ces logiciels permettent de contrôler les plafonds de garantie, les bénéficiaires non déclarés, de faire le rapport entre la prime acquise et la charge de sinistre afin d'appliquer la clause d'ajustement ;
- ✦ Les conventions de collaboration avec des médecins conseils : La SAAR dispose actuellement de trois médecins conseils pour la validation de certains dossiers notamment les certificats médicaux. Ceux-ci réalisent une contre-expertise du rapport du médecin traitant de l'assuré. Certains dossiers suspects sont transmis automatiquement à ces médecins pour la validation ;
- ✦ Les conventions de partenariat avec les prestataires : Elles font obligations à ces prestataires d'identifier les assurés avant toute prise en charge. Cette prise en charge de l'assuré doit tenir compte de la grille tarifaire envoyée à la SAAR et des exclusions de la garantie ;
- ✦ Contrôle du dossier de remboursement : Tous les dossiers de réclamation passent par le secrétariat du DG. Ils sont ensuite acheminés chez le DG puis, chez le chef de département sinistre avant d'arriver au service sinistre. La réclamation de

l'assuré est premièrement contrôlée par le gestionnaire de sinistre. Si ce dernier trouve que les documents sont conformes, il procède à l'instruction, puis l'établissement de la quittance de règlement. Cette quittance est contrôlée par la suite par le chef de département, puis, soit le directeur technique ou le directeur général avant d'être envoyée à la comptabilité pour le paiement.

- ✚ La production trimestrielle des statistiques de consommation au souscripteur : Ce document permet au souscripteur de rappeler à l'ordre les grand consommateurs ;
- ✚ Les visites inopinées dans les formations hospitalières en vue de déceler les hospitalisations fictives et les bénéficiaires non déclarés et qui cherchent à profiter de la prestation de l'assureur.
- ✚ La cotation de tous les contrats maladie par la SAAR : Malgré la délégation du pouvoir de gestion de certains contrats aux intermédiaires, la SAAR, reste seule responsable de toutes les cotations en maladie groupe.

## **B - PROPOSITIONS TECHNIQUES EN VUE DE LA REDUCTION DE LA FRAUDE.**

Dans ce paragraphe, nous ferons des propositions en vue de renforcer les dispositifs de contrôle déjà existants. :

### **1- Le contrat d'assurance maladie groupe**

Réviser la convention spéciale du contrat maladie en insérant quelques détails importants tels que:

- ✓ Frais médicaux

Pour des examens médicaux dont le montant est supérieur ou égal à 50 000F CFA, l'assuré peut solliciter la SAAR pour la délivrance d'un bon de prise en charge après l'accord du médecin conseil ;

- ✓ Frais pharmaceutiques

Le malade peut obtenir les médicaments à la présentation d'une ordonnance prescrite par un médecin inscrit à l'ordre des médecins avec un numéro d'ordre sur le cachet ou d'un infirmier pour les médicaments dont les infirmiers ont l'habilitation de prescription.

Le remboursement direct des frais pharmaceutiques se fera sur présentation des justificatifs suivants :

- a) Ordonnance ;

- b) Factures ;
- c) Tickets de caisse ;
- d) Vignettes ou boites vides de médicaments.

Pour certains médicaments achetés, le médecin conseil est en droit de soumettre le malade à une contre visite.

Pour les médicaments génériques, le médecin conseil marque l'accord en fonction des quantités médicalement exigés pour ce genre de prescription.

Pour les médicaments dont le montant est supérieur ou égal à 50 000 F CFA, solliciter l'accord de la SAAR avant tout achat. A défaut de cet accord, aucun remboursement n'est possible ;

✓ Frais d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, solliciter un bon de prise en charge auprès de la SAAR Assurance. A défaut de cela, la facture afférente ne sera remboursée.

Les bons de prise en charge sont limités à trois jours d'hospitalisation. Avant l'expiration du délai de 3 jours, le centre hospitalier peut en cas de nécessité, demander une prolongation de la validité du bon de prise en charge. Cette prolongation est accordée par le médecin conseil après expertise médicale en concertation avec le médecin traitant et au vu du malade et de son dossier médical ;

✓ Frais d'ophtalmologie.

La raison pour un changement de verre au cours de l'année d'assurance doit être purement médicale.

Pour l'achat des lunettes, l'assuré qui sollicite un bon de prise en charge devra remettre sa prescription à l'assureur en charge de lui obtenir un devis chez l'opticien pour la délivrance d'un bon de prise en charge adéquat.

En cas de nécessité, l'assureur aura recours à un opticien conseil ou un ophtalmologue conseil pour contre-expertise ;

✓ Les soins dentaires

Pour les soins dentaires, l'assuré devra solliciter un bon de prise en charge sur la base d'un devis ( pour le montant supérieur ou égal à 50 000F CFA) et de la prescription qui permet à l'assureur de délivrer un bon de prise en charge adéquat.

En cas de nécessité, l'assureur aura recours à un dentiste conseil pour une contre-expertise.

- ✓ Les examens de laboratoire et radiologie

Pour les frais de certains examens, le médecin conseil peut réclamer au préalable les résultats des examens et même les clichés s'il s'agit de la radiologie. Il peut également soumettre le malade à une contre visite ;

- ✓ Evacuation sanitaire

Cette garantie ne peut être mise en œuvre qu'à travers un bon de prise en charge et uniquement par l'intermédiaire des médecins. Autrement dit, le médecin traitant doit fournir un rapport médical qui conclut à l'impossibilité de traitement par le plateau technique Tchadien, conclusion confirmée par le médecin conseil.

Après évacuation, les visites de contrôle soient limitées à trois au maximum par patient.

Les soins à l'étranger peuvent être mise en œuvre uniquement lorsque l'assuré tombe malade pendant son séjour à l'extérieur. A défaut, il s'agit d'une évacuation sanitaire qui doit respecter ses principes.

- ✓ Revoir le plafond de la lunetterie (200 000F CFA au maximum) ;

## **2- Fiche de déclaration maladie**

- ✓ Pour la fiche de déclaration maladie, il faut exiger la délivrance de cette fiche maladie uniquement à des assurés malades;
- ✓ Cette fiche de déclaration doit servir uniquement à faire des consultations car tout examen au laboratoire et/ou achat de produit à la pharmacie doit obtenir l'approbation préalable du médecin conseil de la SAAR ;
- ✓ Il faut fixer un délai de validité de cette fiche à un mois au maximum pour dissuader ceux qui prennent les fiches pour garder à la maison ;
- ✓ Rejeter systématiquement toute fiche non rempli correctement par le médecin traitant ;

## **3- Le logiciel de traitement ORASS**

Pour ce qui est du logiciel, nous proposons une formation approfondie sur le logiciel ORASS car le service informatique a de la peine à maîtriser ses fonctions

## **4- Convention de collaboration avec les médecins conseils**

- ✓ Signer une convention de partenariat avec un ophtalmologue pour les contre-expertises car la consommation en lunetterie ne cesse de croître ;
- ✓ Négocier avec un des médecins conseils pour qu'il travaille en plein temps afin de valider tous les dossiers de réclamation. Malgré la diligence possible que peut faire un gestionnaire, l'appréciation du corps médical nous paraît plus capitale pour l'instruction d'un dossier sinistre ;
- ✓ Créer un comité de validation des dossiers sinistre maladie en partenariat avec le médecin conseil pour permettre au gestionnaire de se familiariser avec le langage médical;
- ✓ Impliquer les médecins conseils dans les visites inopinées dans les formations hospitalières pour s'assurer de l'effectivité des hospitalisations des malades ;

#### **5- Convention de prestations avec les formations hospitalières.**

Réviser les conventions de partenariat avec les prestataires en insérant quelques mesures de protections telles que :

- ✓ Le prestataire s'engage à identifier formellement le malade et sa prescription et à assumer par voie de conséquence l'entière responsabilité découlant d'éventuels cas de négligences, fraude ou complicité de fraude dont lui et/ou toute personne dont il doit répondre dans l'exercice de ses activités professionnelles se seraient rendus coupables ;
- ✓ La délivrance obligatoire d'un certificat d'hospitalisation à l'intention de la SAAR en cas d'hospitalisation ;
- ✓ Le remplissage obligatoire des informations contenues dans la fiche de déclaration maladie par le médecin ;
- ✓ Fixer un délai d'un mois au maximum de recevabilité des réclamations en remboursement pour les factures exclues ;
- ✓ Organiser des réunions trimestrielles avec les différents prestataires en convention avec la SAAR en vue d'assurer le suivi de la convention ;

#### **6 - Contrôle du dossier de remboursement**

- ✓ Mettre en place une méthode dite des « réseaux » :

Cette méthode permet de tracer un lien entre des personnes, des produits consommés, des tiers concernés etc., et de trouver des similitudes anormales entre elles. C'est le cas des réseaux organisés dans la fraude qui répètent toujours le même schéma mais qu'on ne peut voir quand les comportements sont pris individuellement et qu'ils semblent

parfaitement normaux. Exemple, des réseaux des dentistes ou des médecins qui prescrivent des médicaments très bien remboursés alors qu'ils ne sont pas nécessaires ;

- ✓ Envisager à l'avenir, la conception d'une carte vitale biométrique avec la photo de chaque bénéficiaire ;
- ✓ Gérer hors tiers payant les contrats ayant une sinistralité très élevée afin de renforcer la surveillance ;
- ✓ Augmenter le montant du ticket modérateur, laissé à la charge de l'assuré.
- ✓ Signer des conventions de partenaire uniquement avec des prestataires ayant un outil informatique pour l'identification formelle des patients (assurés) ;
- ✓ Confier la gestion du contrat maladie du personnel et administrateur de la SAAR à une autre compagnie ;
- ✓ Faire respecter les règles et les procédures de gestion du contrat maladie par les administrateurs ainsi que le personnel de la SAAR Assurance ;
- ✓ Organiser des voyages d'échanges avec la SAAR-Cameroun afin de permettre aux gestionnaires de sinistres maladie d'acquérir d'autres compétences dans ce domaine ;
- ✓ Les deux compagnies sur le marché doivent mettre en place un central de risque afin de s'informer quotidiennement des antécédents de risques.
- ✓ Poursuivre pénalement certains assurés et prestataires qui se livreraient à des faux afin de dissuader les autres.

#### **7 - Production des statistiques trimestrielles de consommation**

- ✓ Le service sinistre ne doit pas s'arrêter seulement à la production des statistiques mais il doit aller au-delà en organisant des réunions trimestrielles de sensibilisation avec les délégués du personnel et le responsable des ressources humaines à chaque production de ce document ;
- ✓ Les statistiques à envoyer ne doivent pas seulement donner l'information sur la consommation totale, mais les détails sur la quantité par acte et le mode de consommation ;
- ✓ Envoyer systématiquement aux chargés de ressources humaines de chaque société en convention avec la SAAR ainsi qu'aux prestataires la liste de tous les assurés ayant atteint leur plafond annuel de consommation ;

### **8 - La cotation du contrat maladie groupe**

- ✓ Mettre en œuvre toutes les techniques commerciales afin de réduire le taux d'apport des affaires qui est actuellement de 65,32% contre 34,68% pour les affaires directes en 2017 ;
- ✓ Former les intermédiaires dans la mise en place du produit maladie ;
- ✓ Organiser deux réunions préparatoires avec les chargés de ressources humaines et les délégués de personnel lors de la mise en place du contrat ;
- ✓ Résilier les contrats dont le taux de sinistre avoisine 100%, dans la mesure où ces contrats ne jouent plus leur rôle de produit d'appel.

Ce travail d'analyse permettra à la SAAR d'élaborer une grille tarifaire adéquate, de mettre en place une politique de sélection de risque sans oublier la surveillance accrue du portefeuille sinistre.

## CONCLUSION :

Nous avons, pendant toute notre période de stage essayé d'analyser les principaux systèmes de gestion de l'assurance maladie ainsi que les différents acteurs intervenant à différents maillons de la chaîne. De cette analyse, il ressort que l'intervention de plusieurs acteurs rend cette gestion plus opaque. Chaque acteur à différents niveaux de gestion veut tirer profit ouvrant ainsi la voie à la fraude, dans la mesure où le contrôle à un certain niveau de la chaîne échappe à l'assureur principal. La fraude est pratiquée de manières diverses et est en perpétuelle évolution car les fraudeurs cherchent toujours des techniques pour contourner les dispositifs de contrôle mis en place par la SAAR.

Pour arriver à rentabiliser ce produit, la compagnie doit être capable de contrôler toutes les conventions de partenariat avec les prestataires à travers des réunions trimestrielles, de concilier les primes acquises avec les charges de sinistres tout en surveillant le portefeuille sinistre, de mettre en œuvre une politique commerciale afin de réduire la dépendance de la SAAR vis-à-vis des intermédiaires, de mettre en place un central de risque en partenariat avec la STAR NATIONALE pour avoir à temps réel les antécédents de risques et de faire appliquer rigoureusement les textes de base de gestion.

Il est vrai que le gestionnaire avec son équipe dispose des outils performants et un logiciel adapté de traitement, mais ne peuvent pas à eux seuls, résoudre le problème de fraude à tout niveau de la chaîne de gestion. C'est pourquoi, l'implication de l'équipe de la direction avec l'appui des autorités publiques serait un atout non négligeable dans cette lutte.

Il est vrai que l'Etat emboîte le pas des compagnies en validant le 28/08/2018 un avant-projet portant couverture santé universelle (CSU) mais beaucoup reste à faire dans le domaine de l'assainissement de cette branche.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **1 - COURS :**

KANDJI MANDAW : Cours de contrôle sur pièces et sur place

Robert MABONA BELLARMIN: Cours d'assurance maladie ;

### **2 - LEGISLATION**

Code Cima édition 2014

### **3 - RAPPORT DE STAGE ET D'ETUDES**

DJIMADOUM GONDJE : La commercialisation de l'assurance individuelle accident dans la zone CIMA : Cas de la SAFAR Assurance ;

SOUHOUNDAMADJI MBERKOUBOU : La gestion de l'assurance maladie : cas de la SAFAR Assurance.

### **4 - RAPPORT D'ACTIVITES ET DOCUMENTS PROFESSIONNELS**

Contrats d'assurance maladie ;

Conventions de partenariat avec les prestataires ;

Rapports d'activités de la SAAR Assurances.

### **5 - SITE WEEB**

@mémoire online 2000-2015

ANNEXE



Sourrier Arrivé  
le 24/06/2011  
Sous le N° 3766

**CONVENTION  
ENTRE**

**LE CABINET MEDICAL FANCHAKBO**

**ET**

**LA SOCIETE AFRICAINE D'ASSURANCES  
ET DE REASSURANCES (SAFAR)**

La **Société Africaine d'Assurances et de Réassurances (SAFAR)**, représentée par son Directeur Général, **FOSSO DIFFO Evariste**, sise face deux châteaux d'eau à Klemat, avenue NGARITA TOMBALBAYE, BP 6089 N'Djamena, Tel.: 52 09 80/81 d'une part ;

Et

**Le Cabinet Médical Fanchakbo**, représenté par le Directeur Général

Décident d'établir une convention de collaboration qui a pour objet :

- D'une part de confier les assurés malades de la SAFAR, au Cabinet Médical Fanchakbo qui s'engage à les soigner dans le strict respect de l'art et de la déontologie médicale.
- D'autre part de permettre au Cabinet Médical Fanchakbo de se faire rembourser directement par la SAFAR.

#### **Article 1 : DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE**

Tout assuré malade ne peut être pris en charge que lorsqu'il est muni de deux fiches de déclaration maladie signées par la SAFAR et contresignées par le souscripteur du patient, revêtues du sceau de la SAFAR ainsi que de celui de l'institution du patient. La fiche doit être dûment remplie

Une fiche de déclaration maladie, n'autorise qu'une consultation et éventuellement une série d'exams.

#### **Article 2 : ADMISSION DES MALADIES**

L'admission des assurés malades ou leurs ayants droit devra être signalée par écrit à la SAFAR dans un délai n'excédant pas 48 heures.

Pour les jours fériés ou chômés, la déclaration devra se faire le 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant.

La déclaration d'admission devra indiquer outre l'identité de l'assuré et les références de son employeur, les motifs d'hospitalisation et la durée probable du traitement ou de l'hospitalisation.

CA

### Article 3 : DE LA FACTURATION ET DU TARIF

La facture des actes pratiqués par le Cabinet fera apparaître clairement :

- La raison sociale de la formation sanitaire
- La date d'émission de la facture et son numéro d'ordre
- L'identité du malade
- Le numéro de référence de la prise en charge
- Les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- La désignation de la date de chaque acte
- Le nombre de coefficients de chaque acte
- Le total général arrêté en chiffre et en lettres
- La signature et le cachet du Directeur

Avant la sortie de l'assuré, l'administration du Cabinet s'engage à faire viser par l'assuré, un document faisant état de la durée de séjour facturée et des différentes prestations dont aura bénéficiés le patient.

Le Cabinet fera annexer à la présente convention une copie de sa grille tarifaire.

Le Cabinet s'engage à respecter cette grille, et se charge de communiquer à la SAFAR, au moins un (1) mois à l'avance, toutes les modifications.

### Article 4 : PAIEMENT DE LA FACTURE

Le Cabinet établit une facture unique par société pour l'ensemble des prises en charge.

Le malade règle directement au Cabinet la partie qui reste à sa charge (franchise ou ticket modérateur) ainsi que le restant des produits non remboursables sauf notifications contraires. Ces différentes franchises seront communiquées au Cabinet par la SAFAR qui tiendra un exemplaire de contrat le liant à chaque assuré.

Le Cabinet retiendra obligatoirement la fiche de déclaration maladie, à retourner à SAFAR, pour la partie qui doit être remboursée par elle.

Le paiement intervient après réception de la fiche de déclaration maladie de chaque assuré patient, du bordereau récapitulatif des consultations et des actes pratiqués.

### Article 5 : REGLEMENT DES FACTURES

Le Cabinet rassemble les factures et les transmet à la SAFAR selon une fréquence mensuelle. Ce qui revient à 12 factures durant l'année. La SAFAR dispose d'un délai de 15 jours pour payer les factures.

SA

**Article 6 : Durée de la convention**

La présente convention est établie pour une durée de douze (12) mois, à effet du (date de sa signature) et à échéance du (jusqu'à 12 mois). Elle se renouvellera d'année en année par tacite reconduction sauf dénonciation formulée par l'une des parties par lettre avec accusé de réception moyennant un préavis de trois (3) mois avant l'échéance annuelle.

**Article 7 : DIFFERENDS**

En cas de manquements répétés aux dispositions de la présente, la convention peut être dénoncée par la partie la plus diligente sans autre forme de procès moyennant préavis d'un (1) mois.

En cas de différend, les parties conviennent de recourir, préalablement à toute autre voie, à l'arbitrage amiable de deux (2) autres établissements sanitaires choisis par l'une et l'autre partie.

A défaut d'un règlement de cette nature, les parties conviennent de soumettre leur litige au tribunal de 1<sup>ère</sup> instance de N'Djamena.

Fait à N'Djamena le 23 Mai 2016

**Pour le Cabinet Médical Fanchakbo**

**Directeur Général**



**Pour la SAFAR**

**Le Directeur Général**



NB :

u



Clinique le « SAO »  
 Avenue Mobutu  
 Tél : (235) 66 29 10 36  
 NIF : 60000329  
 N° IF: 9001296U

N'Djaména, le 05 Avril 2018

*Rejet*

**Facture d'hospitalisation**

**Doit : SAFAR (MILLICOM )**

**Bénéficiaire : Mme MILAMEM MILENE**

N°	Désignations	Montant
1	Hospitalisation du 04 Avril 2018 20 000 x 1j	20 000
2	TVA : 20000 x 18%	3 600
3	<b>Pharmacie (Médicaments)</b>	22 000
	Perfusions(Syntio + SG500) 6 000	
	Novalgine 1 000	
	Ampicilline 1g 3 000	
	Pansement ombilical 12 000	
4	Accouchement fait par le Médecin gynécologue	70 000
5	Assistance sage femme + salle	55 000
6	Soins: Mamane et bébé	10 000
	<b>Total</b>	<b>180 600</b>
	10% payés par le patient	18 060
	90% à payer par SAFAR	161 940

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent soixante un mille neuf cent quarante francs CFA.

FOULMON MOULAKDIBEL

*[Signature]*

*Rejeté pour contradiction diagnostic d'hospitalisation et la facture en plus le médecin consultant n'a pas signé*

*23/10/18*

(1) 30-01-16  
 orz  
 (1) Aspirin 1st 1200  
 (2) Selugresin 10 150  
 T=1350

Nome: Charif Mahamat  
 24/01/16

ors T=16450  
 (1) 555 Aspirin sangly 2amply →  
 (2) 375 Aspirin 10x2h  
 (3) 2800 Vogel 10p 10.05x3(1)  
 (4) 435 Cefetri 10ml x 2h

ANAT TIOTANI (2)  
 T=8800 orz  
 1/ cefenterine 8p 1st 435 x j - 53 j  
 2/ Aspirin 10x2h 10p 1st 35 x j  
 3/ Zantel 8p 2st 1750 x j = 3500  
 22-01-16

Charif Mahamat  
 orz

T=1400  
 (1) 1400 Dolipra - 1p 10 x 3(1)

24/01/16

**CLINIQUE**



MEDICO-CHIRURGICALE  
**"PROVIDENCE"**

N° Djaména, le 06.05.2018

Mme STEPHANIE SERZANCO

**ORDONNANCE MEDICALE**

1. Sofras comp. 3/4  
1cp/j 10j puis 3 mois

---

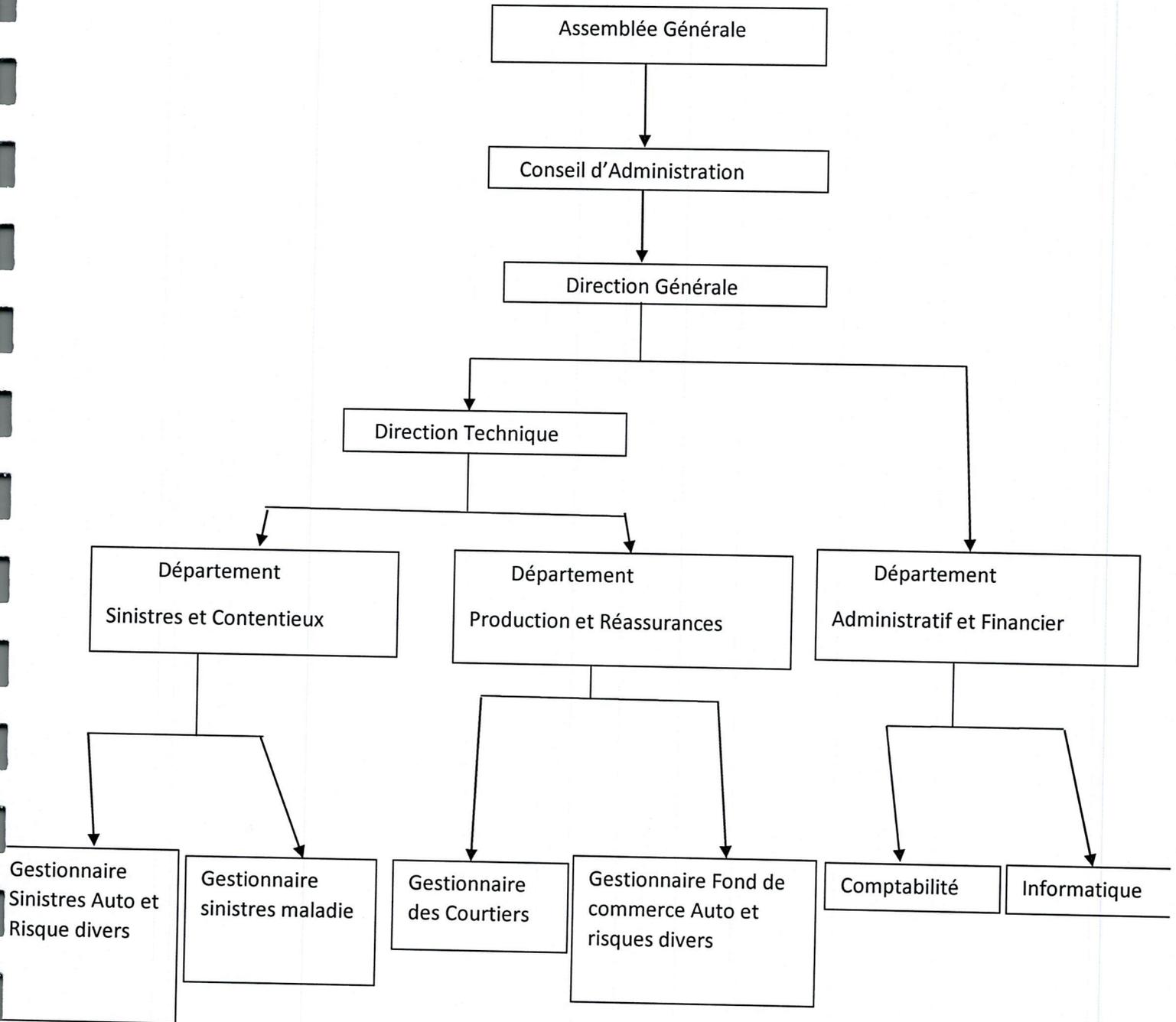
2. Ribavir 500 mg comp. 3/4  
(Ribavirine)  
1cp x 2/j

NB. Merci de rapporter l'Ordonnance à chaque consultation SVP

B.P.: 4041 N°djaména Tél: 22 51 75 33 E-mail: cmcp1995@gmail.com



**ORGANIGRAMME**



## TABLE DES MATIERES

DEDICACE .....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LES SIGLES ET ABREVIATIONS .....	iii
Liste des tableaux .....	iv
Liste des figures .....	v
RESUME .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SOMMAIRE.....	viii
INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE :.....	3
CADRE PHYSIQUE DU STAGE. ....	3
<b>CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA SOCIETE .....</b>	<b>4</b>
<b>SECTION I : L'HISTORIQUE .....</b>	<b>4</b>
<b>SECTION II : FONCTIONNEMENT.....</b>	<b>5</b>
<b>A - ASSEMBLEE GENERALE (AG).....</b>	<b>5</b>
<b>B- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (CA) .....</b>	<b>5</b>
<b>C- DIRECTION GENERALE (DG).....</b>	<b>6</b>
<b>1- L'Attaché de direction. ....</b>	<b>7</b>
<b>D- LA DIRECTION TECHNIQUE (DT).....</b>	<b>7</b>
<b>2- Le département sinistre et contentieux.....</b>	<b>8</b>
<b>3- Le département Administratif et Financier .....</b>	<b>8</b>
<b>CHAPITRE II : ANALYSE DES OPERATIONS      TECHNIQUES .....</b>	<b>10</b>
<b>SECTION 1 : LES ASSURANCES OBLIGATOIRES ET LES ASSURANCES</b> <b>FACULTATIVES.....</b>	<b>10</b>
<b>A- LES ASSURANCES OBLIGATOIRES .....</b>	<b>10</b>
<b>1 - L'assurance automobile (volet RC) .....</b>	<b>10</b>

2 - L'assurance transport des facultés importées .....	10
3 - L'assurance Tous risques chantiers.....	11
<b>B - LES ASSURANCES FACULTATIVES.....</b>	<b>11</b>
1 - L'assurance maladie.....	11
2 - L'assurance individuelle accidents .....	11
3 - L'assurance incendie et perte d'exploitation .....	11
4 - L'assurance responsabilité civile chef d'entreprise et responsabilité civile générale .....	11
5 - L'assurance multirisque habitation et bureau (MRHB) .....	11
6 - L'assurance bris de machine (BDM) .....	12
<b>SECTION 2 : ANALYSE DE LA PRODUCTION ET DU SINISTRE .....</b>	<b>12</b>
<b>A - ANALYSE DE LA PRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>B- ANALYSE DU SINISTRE.....</b>	<b>16</b>
DEUXIEME PARTIE : .....	21
GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE .....	21
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ASSURANCE MALADIE.....</b>	<b>21</b>
<b>SECTION 1 : OBJET ET INTERET DE L'ASSURANCE MALADIE.....</b>	<b>21</b>
<b>A – OBJET : .....</b>	<b>21</b>
<b>B – L'INTERET.....</b>	<b>21</b>
1 – Produit d'appel .....	21
2 – L'originalité.....	22
3 – La sécurité pour l'assuré.....	22
<b>SECTION 2 : TARIFICATION ET LE SYSTEME DE GESTION .....</b>	<b>22</b>
<b>A - TARIFICATION .....</b>	<b>22</b>
1 - Cotation .....	22
2 - les exclusions de la garantie.....	23
<b>B - LE SYSTEME DE GESTION .....</b>	<b>24</b>

1 – Le système de remboursement direct.....	24
2 – le tiers payant. ....	25
<b>CHAPITRE II : DIAGNOSTIC ET THERAPIE DES CAS DE FRAUDES .....</b>	<b>29</b>
<b>SECTION 1 : DIAGNOSTIC .....</b>	<b>29</b>
<b>A- LES CAUSES DE LA FRAUDE .....</b>	<b>29</b>
1 - Faiblesse du niveau de revenu par habitant.....	29
2 - L'influence de la solidarité africaine .....	29
3 - La mauvaise foi des acteurs au contrat .....	30
4 – Limitation de la couverture médicale .....	30
5 – Insuffisance d'un dispositif de contrôle .....	30
6 – Absence d'échange d'information entre les assureurs .....	31
<b>B - MANIFESTATIONS DES FRAUDES .....</b>	<b>31</b>
1 – Les fraudes lors de la souscription. ....	31
2 – Les fraudes lors de l'exécution du contrat.....	32
<b>SECTION 2 : THERAPIE AUX CAS DE FRAUDE .....</b>	<b>38</b>
<b>A- LES MESURES INTERNES DE CONTROLES EXISTANTES.....</b>	<b>38</b>
<b>B - PROPOSITIONS TECHNIQUES EN VUE DE LA REDUCTION DE LA FRAUDE.....</b>	<b>39</b>
1- Le contrat d'assurance maladie groupe .....	39
2- Fiche de déclaration maladie.....	41
3- Le logiciel de traitement ORASS .....	41
5- Convention de prestations avec les formations hospitalières. ....	42
6 - Contrôle du dossier de remboursement .....	42
7 - Production des statistiques trimestrielles de consommation .....	43
8 - La cotation du contrat maladie groupe .....	44
<b>CONCLUSION : .....</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>46</b>

**ANNEXE** .....47

**TABLE DES MATIERES** .....57