



*Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou*



*Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion*

*Département des Sciences économiques*

# *Mémoire de fin de cycle*

**En vue de l'obtention du diplôme de Master en économie**

**Spécialité : économie de la santé**

## *Sujet :*

*La mutualisation dans l'assurance maladie en  
Algérie : quels apports pour les patients ? Cas  
d'Amana assurance*

**Présenté par :**

**MAHAMAT Youssouf Hachim**

**Dirigé par :**

**Mme Salmi Samya**

**Soutenu devant le jury composé de :**

**Présidente : BELKHAMSA Ouerdia, Maître de Conférence, classe B, UMMTO.**

**Examinatrice : Mme MATMAR D. Professeur à UMMTO.**

**Rapporteur : Mme SALMI S. Maître Assistante, classe A, UMMTO.**

**Date de soutenance : le 19/05/2022**

**Année universitaire : 2021-2022**

## **Remerciements**

*Mes remerciements les plus sincères et distingués vont à l'endroit de mon encadreur, Madame SALMI Samya, pour la confiance qu'elle m'a accordée, son soutien et les précieux conseils qu'elle eut à me prodiguer, ainsi que sa disponibilité tout au long de la réalisation de mon travail.*

*Je remercie également mon encadreur au niveau de AMANA Assurance, M<sup>r</sup> Selim CHETTI pour son accueil chaleureux au sein de son institution ses conseils, ainsi que pour l'aide précieuse qu'il m'a accordé dans la collecte et le traitement des différentes informations nécessaires à l'aboutissement de mon travail.*

*Mes sincères remerciements sont aussi adressés aux enseignants de la spécialité « d'économie de la santé » ainsi qu'à l'ensemble du corps pédagogique et administratif de l'université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou auprès desquels j'ai énormément appris, grandi, et mûri tout au long de ces cinq dernières années.*

*Pour finir, je ne saurais oublier d'exprimer ma reconnaissance envers ma familles, amis, promotionnaires, ainsi que tous ceux qui, de près ou de loin ont permis la réalisation de ce travail.*



*Dédicace*

Mes Très chers parents.

Je ne sais s'il existe des mots assez expressifs qui sauraient suffire pour vous exprimer l'amour, le respect, la profonde estime et reconnaissance que je porte à votre égard.

Pour tous les sacrifices auxquels vous vous livrez pour moi, pour l'amour et le soutien que vous m'apportez, pour les sages conseils que vous me prodiguez ainsi que pour toutes les autres choses que je ne saurais pouvoir énumérer ici, je vous remercie du fond du cœur. De ce fait, je tenais à vous dédier humblement ce modeste travail.

Puissent vos prières, vos bénédictions et votre sagesse continuer à m'accompagner et me guider sur les tumultueux chemins de la vie. Puisse le tout puissant vous accorder santé, bonheur et longévité.

***Mahamat Youssouf Hachim***

## **Résumé**

La mutualisation de l'assurance : L'assurance est un mécanisme de partage des risques, de sorte qu'ils se compensent entre eux. C'est ce que l'on appelle le principe de la mutualisation des risques. Du faite, que la mutuelle santé, également dénommée l'assurance santé ou complémentaire santé vient compléter les garanties de base. Elle prend en charge, partiellement ou en totalité, les actes non remboursés par l'Assurance maladie et ceux qui le sont très faiblement, pour vous assurer une couverture plus optimale. Ce contrat peut être souscrit auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance. Cas d'Amana Assurance de Tizi-Ouzou.

L'objectif de cette étude, est de déterminer quels apports pour les patients en prenant Amana Assurance de Tizi-Ouzou comme terrain empirique de nos investigations.

### **Mots clés :**

Mutualisation de l'assurance, la mutuelle santé, assurance santé, assurance maladie

## **Summary**

Pooling of insurance: Insurance is a mechanism for sharing risks, so that they compensate each other. This is known as the principle of risk pooling. Because mutual health insurance, also called health insurance or complementary health insurance, supplements the basic guarantees. It covers, partially or in full, acts not reimbursed by health insurance and those which are very slightly reimbursed, to ensure more optimal coverage. This contract can be taken out with a mutual insurance company, an insurance company or a provident institution. Case of Amana Assurance of Tizi-Ouzou.

The objective of this study is to determine what benefits for patients by taking Amana Assurance de Tizi-Ouzou as the empirical ground of our investigations.

### **Keywords :**

Mutualization of insurance, mutual health insurance, health insurance, health insurance

*Listes des Abréviations*

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire

**ASM** : Assurance Sociale Maladie

**BADR** : Banque de l'Agriculture et du Développement Rural

**BDL** : Banque de Développement Local

**CAAR** : Compagnie Algérienne d'Assurance et de Réassurance

**CACOBATPH** : Caisse nationale des Congés Payés de Travailleurs du Bâtiments et d'Hydraulique

**CASNOS** :

**CNA** : Conseil National des Assurances

**CNAC** : Caisse Nationale d'Assurance-Chômage

**CNAS** : Caisse Nationale des Assurances Sociales

**CNASAT** : Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents de Travail

**CNMA** : Caisse Nationale de Mutualité Agricole

**CNR** : Caisse Nationale des Retraits

**IP** : Institution de Prévoyance

**IPA** : Inter Partenariat Assistance

**MAATEC** : Mutuelle Assurance Algérienne des Travailleurs de l'Education et de la Culture

**MGC** : Mutuelle Générale des Communaux

**MGIP** : Mutuelle Générale de l'Industrie du Pétrole

**MGPTT** : Mutuelle Générale de Poste et de Télécommunication

**MUNATEC** : Mutuelle Nationale des Travailleurs de l'Education et de la Culture

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique

**OIT** : Organisation Internationale de Travail

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**SAA** :

**SAM** : Société d'Assurance Mutuelle

**SAPS** : Société d'Assurance de Prévoyance et de Santé

**SMA** : Société Mutuelle d'Assurance

**TCA** : Touring club d'Algérie

**Liste Des tableaux**

N°	Libellés	Pages
1	La synthèse comparative de ces systèmes de protection	11
2	Les activités d'Amana	57
3	Les nombres des adhérents à la santé collective	64
4	Nombre d'adhérents	68
5	Les remboursements par type des contrats	70
6	Un cas chiffré	72
7		
8		
9		

## *Liste des figures*

N°	Libellés	Pages
1	Les branches de la sécurité sociale	15
2	L'organigramme de fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie.	40
3	Structure capitalistique	55
4	Organigramme	55
5	Les conventions	61
6	Les principaux adhérents à la santé individuelle	68
7		
8		
9		

## ***Sommaire :***

Introduction générale

Chapitre I : Généralité sur l'assurance maladie .....	6
Section 1 : La protection sociale et la sécurité sociale .....	7
Section 2 : L'assurance maladie .....	16
Section 3 : La mutualisation de l'assurance maladie .....	21
Chapitre II : La mutualisation de la santé en Algérie .....	32
Section 1 : Fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie .....	33
Section 2 : Les conventions de l'assurance maladie .....	44
Section 3 : Les différentes mutuelles en Algérie .....	48
Chapitre III : Amana assurance de Tizi-Ouzou .....	53
Section 1 : Présentation de la société d'Assurance de prévoyance et de santé « Amana » .....	54
Section 2 : La relation entre Amana Assurance, la sécurité sociale et les établissements de soins .....	58
Section 3 : La prise en charge des dépenses de santé des maladies .....	62
Conclusion générale .....	74

# *Introduction Générale*

Les économies modernes sont de plus en plus caractérisées par la nécessité de mutualiser certaines activités, d'en spécialiser d'autres, tant dans l'industrie que dans les services. Le secteur de la santé est directement concerné par ces questions touchant la réorganisation des activités. Le cas de l'hôpital est très révélateur des politiques de rapprochement et de spécialisation en termes de soins proposés aux patients. Cette question se pose aussi aux organismes d'assurance maladie qui se trouvent confrontés à la nécessité de renforcer la performance et l'efficacité globales de leur branche maladie (convention d'objectifs et de gestion 2006-2009), et ceci grâce à des efforts de mutualisation<sup>1</sup>.

La mutuelle santé ou l'assurance santé s'est construite après 1945 dans une logique de complémentarité étroite avec l'assurance maladie. Elle a dans un premier temps reproduit très rigoureusement les mécanismes de solidarité de cette dernière<sup>2</sup>. Elles ont consisté en échanges de bonnes pratiques, création de nouvelles instances ou structures communes, et surtout la mise en commun de moyens au travers de services localisés dans un organisme et agissant pour le compte de plusieurs autres. Pourtant les organismes des assurances maladies restent largement démunis d'instruments susceptibles de les aider dans les choix effectués.

La santé est consacrée comme un droit universel dans la charte des droits de l'homme depuis 1948 et constitue un élément essentiel dans la vie quotidienne sociale, économique et politique de l'individu. Un bon état de santé de la population d'un pays peut être à la fois une ressource majeure pour le développement social et économique et un potentiel important pour assurer sa pérennité. Pour cela, le monde entier essaye de mettre en place des systèmes de santé adéquats et d'opter pour des politiques sanitaires pertinentes afin de sauvegarder et d'améliorer l'état de santé.

---

<sup>1</sup> <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-7-page-114.htm> (consulté le 12/04/2022)

<sup>2</sup> <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2009-3-page-47.htm?contenu=article> (consulté le 15/04/2022)

La protection de la santé suppose, outre l'existence d'un système de soins de qualité, d'en garantir l'accès à toutes les couches de la population grâce à la socialisation des dépenses de santé, c'est-à-dire leur prise en charge par la collectivité et la mise en place d'un système de sécurité sociale assurant la sécurité économique et le bien-être social de l'individu et de sa famille. Répondant ainsi, aux exigences de la déclaration universelle des droits de l'Homme, qui stipule dans ses articles 25 et 26 que : « Toute personne a droit à un niveau suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage et de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistances pour suite de circonstances indépendante de sa volonté ». L'assurance maladie, en tant que l'une des composantes la plus importante de la sécurité sociale, qui incombe à l'Etat le garant de la cohésion sociale. Le système d'assurance maladie est le vecteur principal de la politique de protection sociale du fait de l'ampleur des prestations qu'il fournit, des ressources qu'il mobilise et de sa quasi-généralisation à toutes les catégories professionnelles.

### **Objet du mémoire**

En Algérie, le système de sécurité sociale, contenant le système d'assurance maladie, est né du système français. Il fut introduit en Algérie, pendant la période coloniale, en 1949 par la décision 49-045 du 11 avril 1949 de l'Assemblée Algérienne et entrant en vigueur le 1 avril 1950.

Plus de dix régimes de protection sociale des travailleurs avaient prévalu à cette époque et chaque régime n'assurait pas forcément les mêmes prestations que les autres et jouissait de statut et de mode de financement propres à lui.

Depuis sa mise en place, le système de sécurité sociale algérien a constitué un instrument principal de la politique sociale de l'Etat et sa situation financière permettait des prélèvements qui ont été utilisés en complément du budget social de l'Etat notamment ceux relatifs aux financements du secteur de la santé. Cependant, au début des années quatre-vingt-dix, le passage d'une économie dirigée à une économie de

marché a mis le système de sécurité sociale algérien dans des difficultés financières et son financement est lié à deux aspects d'une importance capitale à savoir : D'une part, l'augmentation des besoins de la sécurité sociale et l'accroissement des dépenses de ses différents organismes, d'autre part, une évolution lente et moins importante de ses recettes à cause notamment du rétrécissement de l'emploi et de l'élargissement de la sphère informelle . Durant cette période, la part de la sécurité sociale dans le financement de la santé augmentait de plus en plus et celle de l'Etat a diminué. Cependant, la mutualisation de l'assurance maladie constitue un instrument efficace pour mobiliser des ressources et réduire le poids financier de la couverture maladie. Les caisses de l'assurance maladie et les mutuelles sont conçues de diverses manières avec des méthodes différentes pour l'organisation et la fourniture des soins de santé. De plus elles ont des moyens très efficaces de payer des soins de santé et d'en assurer l'accès ; et ce grâce au mécanisme de partage du risque d'encourir des frais médicaux.

### **Problématique et Hypothèses**

Dans ce contexte, la problématique que nous développons s'intéresse aux questions suivantes :

- Quel est le processus de la mutualisation de l'assurance maladie ?
- La mutualisation est-elle fiable ? ou il s'agit des processus ?

Dans ce cadre, nous formulons les hypothèses suivantes :

- ❖ La mutualisation améliore l'efficacité de AMANA assurance.
- ❖ L'organisation et le fonctionnement répondent aux normes de la mutualisation.

### **Méthodologie de recherche**

Dans l'élaboration de ce travail, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : D'abord une recherche bibliographique et documentaire touchant aux différents aspects de l'assurance maladie, la sécurité sociale et la protection sociale. Pour cela, plusieurs bibliothèques ont été visitées, à savoir celle de Béjaïa, de Tizi-Ouzou. Cependant la mutualisation de l'assurance maladie induit un manque

flagrant de documentation spécialisée, qui est bien le principal obstacle méthodologique de cette étude. Pour y remédier, nous avons recouru à des Thèses, à des Rapports, à des Communications, etc.

### **Plan de structuration**

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit:

**Le premier chapitre** est consacré sur les généralités de l'assurance maladie, Plus concrètement, nous développerons les principales notions et concepts à la protection sociale et la sécurité sociale, avant de parler de l'historique, de principe de fonctionnement, des prestation et limites de l'assurance maladie. Enfin, nous développerons la mutualisation de l'assurance maladie.

**Le deuxième chapitre** porte sur la mutualisation de la santé en Algérie. Nous exposons l'état des lieux et le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie ; puis les conventions de l'assurance maladie ; et enfin nous traiterons de la situation des mutuelles d'assurance santé.

**Le troisième chapitre** a pour titre Amana assurance de Tizi-Ouzou. Nous présenterons Amana assurance de Tizi-Ouzou ; et en second l'enquête et l'analyse de résultat.

**Chapitre I :**  
***Généralités sur***  
***l'assurance maladie***

## ***Introduction***

L'état de santé de l'individu est confronté aux plusieurs risques morbides, causant sa dégradation aléatoire. Pour se prémunir contre la réalisation de ces sinistres ou, du moins, à en compenser les effets, l'individu fait recours aux services de différentes assurances qu'il considère comme une solution appropriée.

Parmi ces assurances, dans le domaine de la santé, l'assurance maladie constitue un instrument efficace pour mobiliser des ressources et réduire le poids financier de la couverture maladie et puis aussi l'assurance santé, ou la mutuelle de l'assurance santé. Les deux entités sont conçues de diverses manières avec des méthodes différentes pour l'organisation et la fourniture des soins de santé. De plus elles ont des moyens très efficace de payer des soins de santé et d'en assurer l'accès ; et ce grâce au mécanisme de partage du risque d'encourir des frais médicaux.

Cependant, l'objet de notre recherche nous a conduit à consacrer ce chapitre à fournir les principales notions sur les généralités de l'assurance maladie.

Ainsi, le présent chapitre s'articule autour de trois sections. La première section traitera de la protection sociale et la sécurité sociale. Nous allons exposer les différentes théories et les notions de base qui vont nous servir tout au long de ce travail. La seconde présentera l'assurance maladie, et enfin la dernière section portera sur la mutualisation de l'assurance maladie.

## ***Section 1 : la protection sociale et la sécurité sociale***

Afin de mieux comprendre l'assurance maladie, il est pertinent de faire les points sur la protection sociale et la sécurité sociale.

### **1.1. Les différents modèles de protection sociale**

La protection sociale comprend deux modèles différents :

- Soit il s'agit simplement d'une assurance financière : l'individu est assuré pour un risque (l'accident, la maladie), et ses soins (rémunération des praticiens, coût des produits et médicaments ...) sont remboursés selon le barème ;
- Soit l'organisme assureur constitue un réseau de soins : il contacte des praticiens, fournisseurs.... L'assurance achète une sorte d'abonnement à ce réseau de soins et le revend à l'usager. Dans sa forme la plus extrême, l'assuré n'a pas le choix de son praticien, du moins s'il veut bénéficier de la gratuité des soins ou de leur remboursement.

On peut avoir une coexistence de ces deux modèles. Bien que La protection sociale soit gérée par plusieurs caisses maladie privée sans but lucratif qui sont formellement en concurrence entre elles et offrent un panier identique de prestations à des prix qui varient en fonction du groupe d'assurés de chaque assureur à l'intérieur de chaque canton. Les éléments qui distinguent ce modèle d'une assurance publique sont notamment la prime indépendante du revenu et le fait que ces assureurs peuvent en même temps jouer l'assiette d'un réseau de soins complémentaire<sup>1</sup>.

## 1.2. Les formes de protection sociale concurrentes à travers le monde

Il existe trois (3) formes de protection sociale dans le monde qui sont :

- Les systèmes d'inspiration bismarckienne
- Les systèmes d'inspiration beveridgienne
- Les systèmes libéraux de santé

### 1.2.1. Les systèmes Bismarckien

En 1871, le chancelier Bismarck a considéré la question sociale comme une menace pour l'Etat et souhaite lier les salariés à l'Etat. En effet face au développement industriel brutal et la peur naissante du socialisme, Bismarck a mis en place une politique

---

<sup>1</sup> <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-239.htm> (consulté le 18/04/2022 à 19h24)

sociale pour lutter contre ses adversaires de la « sociale-démocratique ». A partir de quelques expériences locales d'assurance sociale pour les accidents du travail et la maladie il a lancé en 1881 une politique sociale dans laquelle l'Etat aura le rôle central. Cette politique se traduira par trois lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé. L'assurance maladie en 1883, l'assurance accident du travail en 1884, l'assurance invalidité et vieillesse en 1889. A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants. Donc les grandes caractéristiques du système bismarckien sont le lien entre travail et protection sociale, le caractère obligatoire de cette protection, le partage des cotisations entre employeurs et employés et la séparation des assurances. La couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques, mais la parafiscalité qu'elle engendre entraîne un alourdissement des prélèvements obligatoires<sup>2</sup>.

L'offre de soins est en partie privée et partie publique et garantie le plus souvent le choix de médecin pour le patient, ainsi que le statut de la médecine libérale. Les frais occasionnés par les soins sont en majeure partie pris en charge par les différentes caisses d'assurance maladie et financés par des cotisations sociales.

### 1.2.2. Les systèmes Beveridgien

Mis en place en Grande-Bretagne, préconisé par Lord Beveridge en 1942 qui considère que l'indigence est un scandale dans les sociétés modernes et propose une protection universelle, touchant tous les individus, salariés au non. L'offre de soins est organisée principalement par l'État et la protection sociale est centralisée dans un service public unique appelé « Service National de Santé » d'accès universel aux soins et largement financé par l'impôt. C'est un système où tutelle et financement sont assumés par la même instance administrative.

---

<sup>2</sup> MAHAMAT I. Ahamat et NOUSSOURA A. Adoum :la protection sociale en Algérie : dispositifs mis en place pour lutter contre les risques sociaux, UMMTO ; 2016, P. 23

Les systèmes de santé assurent un accès quasiment gratuit aux soins pour l'ensemble des citoyens afin de garantir l'universalité de la couverture maladie<sup>3</sup>. Le financement de ce système est principalement assuré par l'Etat grâce à l'impôt, le solde étant à la charge d'un fonds national de solidarité alimenté par des cotisations salariales et des ménages<sup>4</sup>.

### **1.2.3. Les systèmes libéraux de santé**

Le système public de protection sociale y est résiduel. Seuls les soins de grande urgence, les plus pauvres et les personnes âgées et les invalides bénéficient d'un soutien public en matière de santé, tous les autres devant recourir à un système d'assurance privée, financé le plus souvent par les employeurs. Une partie de la population se trouve sans couverture maladie. L'offre des soins y est presque entièrement privée.

Cette forme de protection sociale, s'est implantée aux Etats-Unis d'Amérique. Le modèle américain est un système mixte qui combine à la fois deux types de mesures : mesures d'assistance destinées aux familles démunies, totalement prise en charge, par les dépenses publiques et des mesures assuranciennes proposées par les employeurs pour leur personnel sous forme de plans d'assurance santé. Ces derniers sont également souscrits à titre individuel. En fait, ce système mixte pèse lourdement aussi bien sur les dépenses publiques que sur les entreprises américaines contraintes de verser des primes aux assureurs pour la santé de leur personnel, ce qui en définitive, se répercute sur les prix de revient de leurs produits mais, en réalité, les entreprises qui supportent le paiement de ces primes bénéficient de dégrèvements fiscaux<sup>5</sup>.

L'organisation de leur système de santé combine les trois types de protection maladie possible : assistance médicale gratuite pour les plus pauvres (Medicaid),

---

<sup>3</sup> Pierre-Louis bras, Gérard de pouvoirville et Didier Tabuteau : traité d'économie et de gestion de la santé, éd. Presses de la fondation nationale des sciences politique, 2009, P. 337

<sup>4</sup> Ariel Beresniak. G. Duru : économie de la santé, éd. Elsevier MASSON ; 2007. P.13

<sup>5</sup> Madjid Salmi : « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : Eléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en sciences économiques, UMMTO, 2009.P. 13

assurance maladie publique pour les plus âgés (Medicare) et assurance privée pour les classes moyennes et aisées (financées par les employeurs ou bien par les individus eux-mêmes).

Tableau n° 1 : la synthèse comparative de ces systèmes de protection

Principe de fonctionnement, de financement et offre de soins		
Le système bismarckien	Le système beveridgien	Le système libéral
Un mode distributif fondée sur l'assurance professionnelle obligatoire	Un modèle d'assurance maladie publique obligatoire	Un modèle d'assurance maladie privée libérale facultative
Offreurs de soins conventionnés avec les caisses d'assurances maladie	Offreurs de soins obtiennent un agrément auprès des financeurs	Décloisonnement des offreurs de soins avec les financeurs
L'assurance maladie professionnelle financée par les cotisations	L'assurance maladie publique financée par l'impôt	L'assurance maladie privée financée par les cotisations

Source : réalisé par nous-mêmes d'après consultation plusieurs document

- Ariel Beresniak. G. Duru : économie de la santé, éd. Elsevier MASSON
- MAHAMAT LAhamat et NOUSSOURA A.Adoum : la protection sociale en Algérie : dispositifs mis en place pour lutter contre les risques sociaux, UMMTO ; 2016, P. 23

Le tableau ci-dessus illustre la comparaison de trois systèmes de protection sociale dans le monde.

### 1.3. La sécurité sociale

Avant d'aborder l'origine, et la définition nous allons présenter brièvement l'historique de la sécurité sociale.

### **1.3.1. Bref historique de la sécurité sociale**

Depuis la nuit de temps les hommes et les femmes sont exposés à un certain nombre d'évènements qui sont susceptibles de réduire ou supprimer le revenu professionnel ou de réduire son train de vie en raison des dépenses. Les éventuels risques, ou événements qui peuvent être des risques sociaux, comme les événements malheureux le chômage, accidents, l'invalidité, etc. ou des événements heureux comme le mariage.

Cependant, pour répondre à ceux multiples risques sociaux, la société a conçu des différentes formes de protections sociales et mise en application pour répondre aux besoins des individus. Les différentes formes sont : l'entraide familiale, l'épargne, l'assistance ; la mutualité.

En 1942, le fondateur du système « Beveridge », l'anglais William Beveridge publié un rapport qui a été élaboré à la demande de son gouvernement. Il marque une date fondamentale de l'histoire de la sécurité sociale dans la mesure où il devait désormais servir de base ou de référence pour tous les constructeurs ultérieurs de « plan » de sécurité sociale<sup>6</sup>. Il propose de refonder sur les trois principes qui sont : l'universalité, l'unicité et l'uniformité ; qui sont souvent connu sous le nom de « trois U ».

L'histoire retient que c'est le Bismarck qui a eu l'idée d'établir dans son pays le « programme social », dans un message le 17 novembre 1881, préparé par diverses mesures de remise en ordre sur le plan financier, et réalisé de 1883 à 1889 par des différentes lois : lois du 15 juin 1883 (assurance maladie), du 6 juillet 1884 (accidents de travail), du 22 juin 1889 (assurance invalidité et vieillesse)<sup>7</sup>. Elles se caractérisent par une adhésion volontaire des membres de ces sociétés, une cotisation forfaitaire, une

---

<sup>6</sup> Dupeyroux J.J et Prétot X : sécurité sociale, éd. Sirey, 10<sup>ème</sup> édition, 2000, P.19

<sup>7</sup> Jacques doublet : sécurité sociale, éd. PUF, 1957 ; P.25

gestion confiée aux représentants des bénéficiaires et par l'absence de bénéfices. Toutefois, à la différence du système des mutuelles, les assurances sociales créées par Bismarck présentent des avantages par le fait que l'adhésion à ces assurances n'est plus facultative mais obligatoire, le financement provient des cotisations patronales et salariales et enfin, par l'existence de proportionnalités entre les niveaux des prestations et celui des cotisations<sup>8</sup>.

### **1.3.2. Origine de la notion de sécurité sociale**

L'expression « sécurité sociale » est apparue pour la première fois aux USA dans la loi du 14 août 1935, (Social Security Act), cette loi n'est pas remarquable par son contenu (elle ne contient que des mesures assez limitées, sur le plan de la vieillesse et du chômage notamment), mais par la place qu'elle occupe dans l'effort entrepris par Roosevelt pour la remise en marche de l'économie américaine bouleversée par la crise de 1929-1930<sup>9</sup>.

Cependant, son développement et son institution se fera en Europe quelques années plus tard et les premières conceptions vont être développées par Beveridge.

### **1.3.3. Définition de la sécurité sociale**

L'étymologie de la sécurité sociale est une institution officielle regroupant plusieurs organismes de gestion qui ont pour objet de protéger les citoyens des conséquences d'événements ou de situations qualifiées des risques sociaux. Elle leur apporte des garanties minimales de prise en charge des conséquences de ces risques sociaux.

D'après l'OIT, dans son rapport de décembre 2003 sur la sécurité sociale pour tous : un pari mondial, disait La sécurité sociale est la protection qu'une société offre aux personnes et aux ménages pour garantir l'accès aux soins de santé et la sécurité du

---

<sup>8</sup> Mr SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle :

Eléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en science économique ; UMMTO, 2009. P. 12 op. Cité

<sup>9</sup> Dupeyroux J.J et Prétot X : sécurité sociale, édition Sirey, édition 10<sup>ème</sup>, 2000, p.18

revenu, surtout en cas de vieillesse, de maladie, d'invalidité, d'accident du travail, de maternité ou de disparition du soutien de famille<sup>10</sup>.

Selon Serge Braudo la "Sécurité sociale" est un Service public de l'Etat, qui assure l'ensemble des risques sociaux des travailleurs, salariés et des professions libérales, des travailleurs indépendants et des travailleurs non-salariés, des salariés agricoles, que ces personnes travaillent sur le territoire métropolitain, ou comme salariés détachés à l'étranger. La Sécurité sociale fournit les prestations prévues par le Code de la Sécurité sociale<sup>11</sup>.

#### **1.4. Les différentes branches de la sécurité sociale**

La Sécurité sociale inclut 2 régimes principaux et des régimes spéciaux, couvrant chacun une ou plusieurs catégories socioprofessionnelles spécifiques et se caractérisant par des modalités de gestion et de prise en charge différentes :

- Le régime général ;
- Le régime agricole ;
- Les régimes spéciaux ;

Cependant, la sécurité sociale a cinq (5) branches. Une branche est une entité qui a sa charge la gestion d'un ou plusieurs « risques ». Ces risques sont définis comme des événements qui peuvent, au cours d'une vie, porter atteinte à la sécurité économique d'une personne. Ils font donc l'objet d'une prise en compte, d'une réparation ou d'une rétribution<sup>12</sup>.

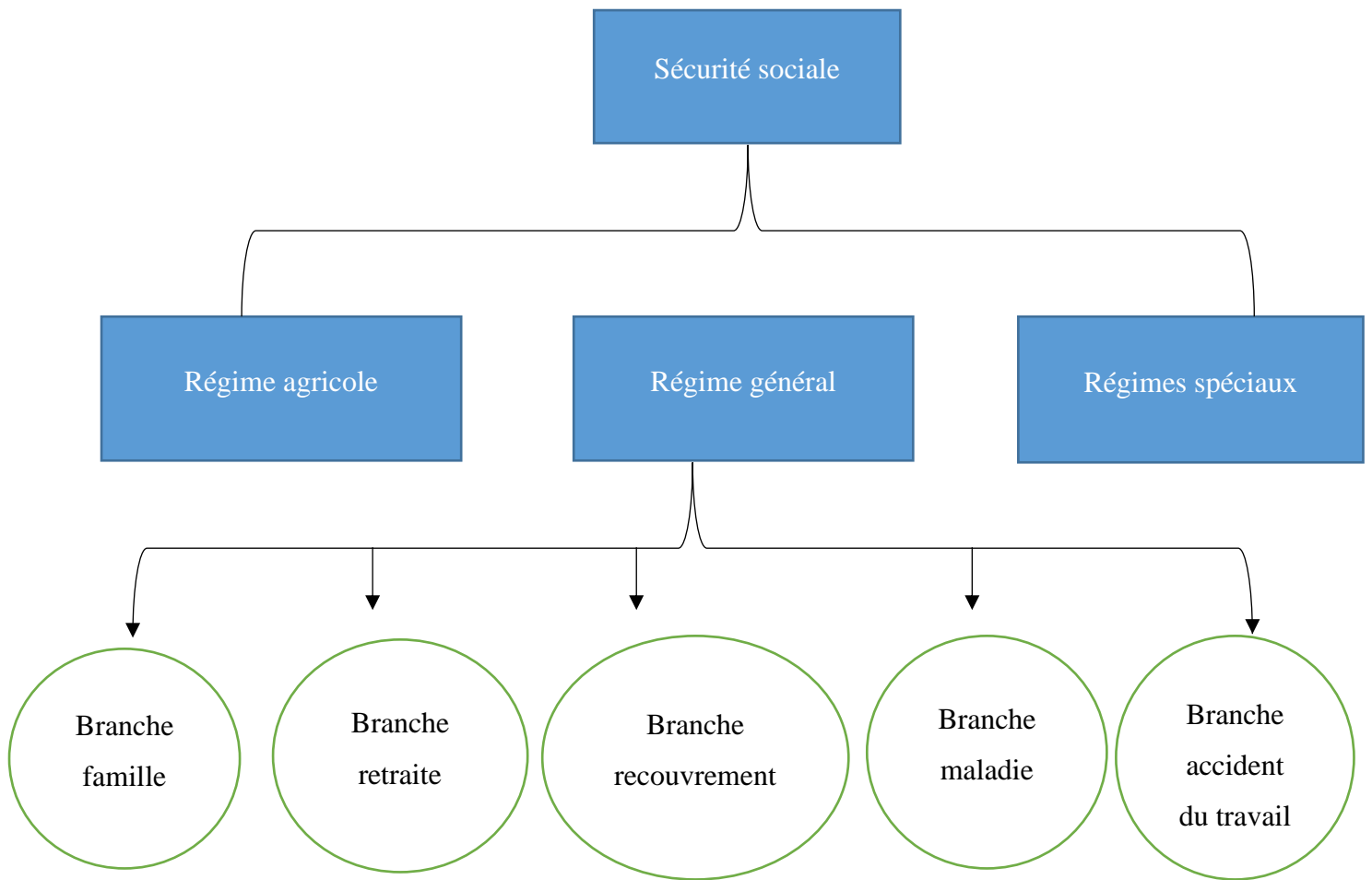
---

<sup>10</sup> Rapport Oit : la sécurité sociale pour tous : un pari mondial, 2003

<sup>11</sup> <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/securite-sociale>. (Consulté le 13/12/2021 à 18h25)

<sup>12</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale> (consulté le 11/12/2021)

Figure n° 1 : les branches de la sécurité sociale



Source : réalisé par nous-même.

## **Section 2 : l'assurance maladie**

Ayant vu les concepts de base de la protection sociale et la sécurité sociale, nous pouvons aborder l'historique, les définitions et le principe de fonctionnement de l'assurance maladie.

### **2.1. L'historique de l'assurance maladie**

L'histoire a retenu que c'est le CHANCELIER BISMARCK qui lança en Allemagne, dès 1881, une politique sociale organisant, sous le contrôle de l'Etat, l'assurance des ouvriers de l'industrie en cas d'invalidité, d'accident du travail ou de maladie. Les caisses professionnelles allemande créent en cette fin du 19ième siècle signaient des contrats avec les médecins en vue de la fourniture gratuite de soins et de médicaments aux assurés sociaux. Des systèmes reprenant le principe d'une mutualisation du risque lié à la maladie ou aux accidents se mirent en place progressivement dans la plupart des pays industrialisés, d'abord au profit, des seuls ouvriers, puis s'étendant aux assurées puis s'étendent aux autres catégories de la population<sup>13</sup>.

Depuis, l'assurance maladie s'est développée dans tous les pays occidentaux. Sa généralisation est récente. C'est pour cela que les dépenses de santé ne cessent de croître. Le pourcentage que débourse le malade pour ses soins est de plus en plus faible contrairement à celui que débourse l'assurance maladie. Au moment de sa création, l'assurance maladie était obligatoire pour certains ouvriers et patrons productifs, aujourd'hui, l'assurance maladie ne trouve plus sa justification dans un objectif de productivité puisque les non productifs sont actuellement assurés.

---

<sup>13</sup> NAIT SAADA Souaad : le financement de l'assurance maladie en Algérie et perspective de réformes : référence à des expérience étrangers, mémoire de magister, Economie de la santé et développement durable, Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2013, P. 11

### **2.1.1. Concept théorique de l'assurance maladie**

L'assurance maladie assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins. L'assurance maladie fournit la sécurité nécessaire à l'individu pour accomplir en toute quiétude les actes de la vie quotidienne.

L'approche théorique consiste à donner des éclaircissements du concept de l'assurance maladie. Ainsi, il est nécessaire de définir, et puis son principe de fonctionnement.

### **2.1.2. Définition de l'assurance maladie**

Les organismes d'assurance maladie : ces derniers peuvent être des organismes publics ou privés. Le rôle que jouent ces organismes consiste en une répartition des charges financières des risques allant peser sur les individus en les transférant sur l'ensemble de la population, ou du moins, sur la population assurée afin que la couverture des risques soit socialisée<sup>14</sup>.

L'assurance maladie peut être définie comme : un contrat au terme duquel l'assureur rembourse les frais de soins de l'assuré, en contrepartie de paiement d'une prime. En fait, l'individu se prémunit contre les risques de la dégradation de son état de santé. Il souscrit un contrat d'assurance au terme duquel l'assureur lui rembourse les dépenses engendrées pour réparer ses dommages<sup>15</sup>.

L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale, elle a pour but de faciliter l'accès aux soins en réduisant la part de paiement direct des services, et rendre solvable du même coup la demande aux formations de santé.

L'assurance maladie, financeur public des soins, doit, de manière coordonnée aux échelons national, régionaux et locaux, mettre en œuvre une politique de gestion du

---

<sup>14</sup> Mr SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : Eléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat, UMMTO, 2009. Op. Cité

<sup>15</sup> NAIT SAADA souaad : le financement de l'assurance maladie en Algérie et perspective de réformes : référence à des expériences étrangères, mémoire de magister, Economie de la santé et développement durable, Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2013, op. cite, P.8

risque, visant à l'amélioration des pratiques, de l'efficience et du bon usage de soins. Elle se fixe notamment des objectifs d'améliorer la santé de la population qu'elle protège, d'accroître la qualité du service rendu à cette population par le système de soins, d'augmenter l'efficacité de ce système et de maîtriser l'évolution des dépenses de santé<sup>16</sup>.

Selon Holzman Jorgensen, 2000, l'assurance maladie est un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de limitation de la pauvreté. L'assurance maladie doit participer à l'extension du marché des assurances, en fait, certains la voit comme un levier de développement des marchés financiers.

Les différents dispositifs d'assurance maladie permettent de « couvrir la plupart des risques de l'existence », que ceux-ci soient imputés aux personnes physiques ou morales. L'assurance contribue à s'assurer contre le malheur. La « quête du bonheur » est une démarche individuelle et collective. Il en est de même pour l'assurance santé qui concourt au bien-être de chacun et de l'ensemble de la société. En effet, les assurances santé permettent de réduire les conséquences des événements affectant la santé des individus.

## **2.2. Le principe de fonctionnement de l'assurance maladie**

L'assurance maladie s'est construit depuis toujours sur trois (3) principes fondamentaux :

- L'égalité d'accès aux soins ;
- La qualité des soins ;
- La solidarité ;

En matière d'assurance maladie trois principaux régimes s'opposent :

- Le régime général : elle est organisée en différentes branches (maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, retraite, famille et

---

<sup>16</sup> Pierre-Louis bras, Gérard de pouvoirville et Didier Tabuteau : traité d'économie et de gestion de la santé, éd. Presses de la fondation nationale des sciences politique, 2009, P.298-299

recouvrement), c'est le régime qui concerne le plus grand nombre d'individus.

- Le régime agricole : prend en charge, au sein d'un guichet unique, les prestations d'assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite et famille. Ce mode de fonctionnement conforte le souhait de proximité du régime avec ses assurés.
- Le régime spécial : sont des régimes de sécurité sociale qui dérogent au régime général, et son fonctionnement varie selon les corps du métier. Certains régimes spéciaux prennent en charge une couverture globale de protection sociale et d'autres se contentent d'une assurance partielle

### 2.3. Les prestations de l'assurance maladie

Le régime général sert de référence pour la définition des prestations de l'assurance maladie obligatoire. Il propose des prestations suivantes :

- En espèce ;
- En nature ;

#### 2.3.1. Les prestations en espèces

Celle-ci sont qualifiées d'indemnités journalières, visant à récompenser la perte de salaire consécutive à un arrêt maladie. A cet effet, l'indemnité légale devrait être, en général, fixée en fonction du salaire habituel dont l'assurance tient compte et comporter une fraction substantielle de ce salaire, eu égard aux charges de famille. Cependant, dans les pays où les travailleurs ont la faculté et l'habitude de se procurer par ailleurs un complément d'indemnité, il peut être opportun de fixer l'indemnité légale indépendamment du salaire<sup>17</sup>.

Des indemnités complémentaires sont souvent versées au titre des accords professionnels, des conventions collectives ou des accords d'entreprise. Dans certains

---

<sup>17</sup> OIT : recommandation sur l'assurance maladie, Genève, 10<sup>ème</sup> session CIT, 15 juin 1927

secteurs, ces avantages collectifs, ne relevant pas du droit de la sécurité sociale, permettent de compenser totalement la perte de salaire dès le premier jour d'arrêt.

### **2.3.2. Les prestations en nature**

Les prestations en nature ont pour vocation, de faire bénéficier chaque assuré social, « indépendamment de son âge de son état de santé », d'une protection « contre le risque des conséquences de la maladie ». Ces prestations se traduisent par le remboursement aux assurés sociaux de tout ou partie des frais qu'ils ont exposés ou par le financement budgétaire des institutions de santé, comme c'est le cas avec les dotations des établissements hospitaliers ou médico-sociaux<sup>18</sup>.

Selon l'organisation internationale de travail, pour maintenir l'assuré et sa famille dans de bonnes conditions d'hygiène, les membres de la famille de l'assuré vivant dans son ménage et à sa charge, devraient bénéficier de l'assistance médicale chaque fois que cela est pratiquement possible.

## **2.4. Identification des limites de l'assurance maladie**

Les limites de l'assurance maladie sont au nombre de deux qui sont dû aux défaillances de marché et qui sont, l'aléa moral ou antisélection et la sélection adverse.

### **2.4.1. L'aléa morale**

L'aléa moral est appelé aussi risque moral. Ce phénomène se produit dans deux cas ; lorsqu'un individu est assuré, il ne fait pas d'effort pour éviter les risques et aussi ne fait pas recours à la prévention c'est qu'on appelle risque moral « ex-ante ». Lorsque l'assuré est malade il multiplie les soins c'est qu'il y a la surconsommation d'où le risque moral ex-post.

Le risque moral n'est pas un risque moral d'assurance : il ne concerne pas l'inobservabilité des efforts de prévention mais plutôt l'inobservabilité du « coût du sinistre ». Dans ce second cas l'assureur a des difficultés, en tant qu'acheteur de soins,

---

<sup>18</sup> Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau : les assurances maladie, éd. Presse universitaire de France, 2012, P.31

à contrôler parfaitement les coûts des traitements. Il s'agit ainsi plutôt de risque moral dans la relation « d'agence » entre l'assureur et les prestataires de soin<sup>19</sup>.

Pour en faire face, l'instrument favori de lutte contre le risque morale d'assurance est le « ticket modérateur » qui ne peut pas être pris en charge par l'assurance complémentaire.

#### **2.4.2. Sélection adverse**

La sélection adverse ou antisélection est reconnue par plusieurs théoriciens comme une cause de la défaillance du marché. Sur les marchés d'assurance santé, le phénomène d'antisélection naît de la méconnaissance de l'histoire familiale de l'assuré par les assureurs. Celle-ci permet à l'assuré d'appréhender son capital sanitaire et ainsi d'estimer sa probabilité d'occurrence du risque sanitaire. Cette information peut être dissimulée à l'assureur afin d'obtenir un contrat plus avantageux financièrement<sup>20</sup>.

L'assureur a tendance à fixer des prix élevés (pour couvrir les hauts risques) ce qui dissuade les bas-risques. Plus généralement, l'antisélection conduit théoriquement à une mauvaise couverture des bas risques. La concurrence peut même déboucher sur des configurations où il n'existe pas d'équilibre (Rothschild et Stiglitz [1976]). Les remèdes habituellement utilisés pour neutraliser les phénomènes d'antisélection sont l'obligation d'assurance ou les plafonds de primes ou de franchise.

### **Section 3 : la mutualisation de l'assurance maladie**

Cette dernière section de ce chapitre a pour objet la mutualisation de l'assurance maladie, les notions fondamentaux de la mutualisation, les acteurs de mutuelle santé et puis le fonctionnement de mutuelle santé.

---

<sup>19</sup>Dominique Henriot ; assurance maladie : intervention publique et rôle de la concurrence. 2004. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique> (consulté le 15/12/2021 à 11h06)

<sup>20</sup> David Alary, Frank Bien : assurance santé et sélection adverse.2008. <https://www.cairn.info/revue-economique> (consulté le 20/12/2021 à 23h11)

### **3.1. Les notions générales de la mutualisation de l'assurance maladie**

Avant de procéder aux différentes institutions de mutuelle, il est nécessaire de donner une définition au terme de « mutualisation », et aussi les différents types des contrats.

#### **3.1.1. Définition de mutualisation de l'assurance santé et de l'assurance maladie**

La mutualité ou mutuelle selon le code de la mutualité : « forme de prévoyance volontaire fondée sur un système d'engagement synallagmatiques par lesquels les membres d'un groupe, moyennant le seul paiement d'une cotisation, s'assurent réciproquement contre certains risques (maladie, blessures)<sup>21</sup> ».

##### **3.1.1.1. La mutuelle de l'assurance santé**

La mutuelle de santé, assurance santé ou la complémentaire santé vient compléter les garanties de base. Elle prend en charge, partiellement ou en totalité, les actes non remboursés par l'Assurance maladie et ceux qui le sont très faiblement, pour vous assurer une couverture plus optimale. Ce contrat peut être souscrit auprès d'une mutuelle, d'une société d'assurance ou d'une institution de prévoyance.

D'après Lloyd's la mutualisation est au centre des activités de l'assurance. En effet, le regroupement dans un seul portefeuille d'une multitude de contrats d'assurance indépendants entre eux, c'est-à-dire la réalisation de l'un n'a aucune influence sur la réalisation d'un autre ou qui n'ont pas de causes communes, permet la compensation statistique des risques<sup>22</sup>.

Les mutuelles de santé sont définies comme des organisations à but non lucratif, autonomes, basées sur la solidarité entre les adhérents, dont l'objectif est d'améliorer l'accès de leurs membres à des soins de santé de qualité par leur propre contribution financière et par des mécanismes financiers.

---

<sup>21</sup> Jean bigot : traité de droit des assurances, éd, delta, 2000, P.106

<sup>22</sup> Daniel Zajdenweber : économie et gestion de l'assurance ; éd. Economica, 2006, P.13

### **3.1.1.2. L'assurance maladie**

L'Assurance maladie est la partie de la Sécurité Sociale qui gère la branche santé du régime général. Sa mission principale est de protéger votre santé, dans votre vie personnelle et professionnelle, avec un champ d'action portant sur :

- La maladie, la maternité, l'invalidité et le décès, avec la prise en charge de vos dépenses de santé, le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail et d'une pension en cas d'invalidité,
- Les accidents du travail et les maladies professionnelles, avec la prise en charge totale des soins, le versement d'indemnités journalières majorées en cas d'arrêt de travail et d'une rente à vos ayants-droits en cas de décès.

L'Assurance maladie assure la protection obligatoire de la santé en vous garantissant un accès aux soins quels que soient vos ressources, votre situation et votre état de santé. Elle ouvre les mêmes droits à vos enfants et à votre conjoint, s'il n'est pas couvert par un autre régime de protection sociale. De leur côté, les mutuelles et sociétés d'assurance gèrent la protection complémentaire de la santé.

L'Assurance maladie et la mutuelle santé : des dispositifs complémentaires.

L'assurance maladie ne prend en charge qu'une partie de vos frais de santé, avec des remboursements basés sur un tarif conventionnel par acte. La part dépassant ces tarifs est donc à votre charge ou peut être couverte par une mutuelle ou assurance santé.

Selon les garanties souscrites, la complémentaire santé couvre une partie voire la totalité des frais non remboursés par la caisse d'assurance maladie :

- Le ticket modérateur, qui représente la part restant à votre charge après le remboursement de l'Assurance maladie,
- Les dépassements d'honoraires, correspondant à la part du tarif de consultation ou de soin qui excède la base de remboursement de la Sécurité sociale,

- Des soins peu ou non pris en charge par la Sécurité sociale (frais dentaires, audiologie, optique, orthodontie, médecine douce, etc.)<sup>23</sup>.

### 3.1.2. Les différents acteurs de mutuelle santé dans le monde

On distingue essentiellement Trois catégories d'assureurs qui sont présentes sur le marché :

- Les sociétés d'assurance : sociétés commerciales à but lucratif qui relèvent du code des assurances,
- Les institutions de prévoyance : établissements créés sur la base d'accords entre partenaires sociaux et gérés par des représentants des salariés et des représentants d'employeurs. Elles n'ont pas de but lucratif. Elles relèvent du code de la sécurité sociale,
- Les mutuelles : (créées à la sortie de la seconde guerre mondiale) : elles n'ont pas pour but de réaliser des bénéfices. Elles sont régies par le code de la mutualité.

### 3.1.3. Les différentes typologies de contrat de mutuelle d'assurance santé

Cependant, on distingue deux types de contrat : les contrats collectifs et individuels

- Contrat collectif

La mise en place d'un contrat se fait par voie de convention, d'accord collectif, ou par décision unilatérale de l'employeur. Selon les cas, l'adhésion au contrat collectif est obligatoire ou facultative.

- Les contrats collectifs d'entreprise à l'adhésion obligatoire

En France Depuis le 1er janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer une assurance complémentaire santé à leurs salariés selon loi

---

<sup>23</sup><https://www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-quelle-est-la-difference-entre-mutuelle-et-assurance>. (Consulté le 25/12/2021)

du 14 juin 2013<sup>24</sup>. Plusieurs contrats d'assurance complémentaire santé peuvent être proposés dans une même entreprise mais tous les salariés doivent être couverts. Le tarif et la participation de l'employeur sont identiques pour tous les salariés au sein d'un même contrat.

L'adhésion au contrat est obligatoire mais il existe des cas de dispense, c'est-à-dire des cas où le salarié, en raison d'une situation particulière, peut demander à renoncer à cette couverture.

L'entreprise a la possibilité de couvrir l'ensemble des salariés ou l'ensemble des salariés appartenant à une même catégorie appelé « collège ». Elle a l'obligation de prendre en charge au moins partiellement la cotisation. Le taux n'est pas imposé, mais il est couramment de 50%<sup>25</sup>.

- Les contrats collectifs d'entreprise à l'adhésion facultative

Pour permettre aux salariés de compléter les prestations offertes dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, un employeur peut proposer un contrat collectif à adhésion facultative. Ce deuxième contrat, dit encore « contrat surcomplémentaire », est souscrit par l'entreprise mais est à adhésion individuelle : chaque salarié décide d'en bénéficier ou non et peut, si le contrat le prévoit, en faire bénéficier ses ayants droit.

Généralement, l'employeur ne participe pas au financement de ce contrat surcomplémentaire. Il le propose à ses salariés pour améliorer leur couverture et faciliter les démarches.

- Le contrat individuel

L'assurance complémentaire santé peut être souscrite à titre individuel. L'assuré peut généralement en faire bénéficier ses ayants droit.

---

<sup>24</sup> LOI n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (1).

<sup>25</sup> Didier Brémard : Technique de l'assurance, éd. Foucher, 2015, P. 270

Elle s'adresse principalement :

- Aux étudiants (pour ceux qui ne sont pas couverts en tant qu'ayants droit de leurs parents) ;
- Aux fonctionnaires (dans la fonction publique d'Etat et territoriale, si l'employeur public participe au financement du contrat, celui-ci doit être référencé ou labellisé) ;
- Aux chômeurs et aux retraités (ceux, anciens salariés, qui renoncent à souscrire un contrat de sortie et tous les autres) ;
- Aux salariés du privé qui souhaitent compléter leur assurance collective obligatoire par une surcomplémentaire individuelle (dans le cas où l'employeur ne propose ni option, ni contrat collectif facultatif) ;
- Aux indépendants.

### **3.2. L'assurance de prévoyance**

Les institutions de prévoyance mettent en œuvre une action sociale au bénéfice des salariés et de leurs familles. Au-delà des garanties, cette action sociale traduit la solidarité qui s'exerce entre les salariés au travers des contrats collectifs d'entreprise ou de branche<sup>26</sup>. Une assurance prévoyance vous prémunit contre les accidents de la vie entraînant quatre risques majeurs : l'incapacité de travail, l'invalidité, la dépendance et le décès. Les garanties de prévoyance complètent l'indemnisation de la Sécurité sociale en vous apportant une aide financière qui vous permet de faire face et de préserver votre famille :

- En cas d'arrêt de travail lié à une incapacité : des indemnités journalières pour compenser votre perte de salaire,
- En cas d'invalidité : une rente pour maintenir votre niveau de revenu,
- En cas de dépendance liée à l'âge : une rente à vie ou un capital,

---

<sup>26</sup> François Couilbault, Stéphane Couilbault-Di Tommaso, Virginie Huberty : les grands principes de l'assurance, éd. L'argus, 2017, P. 38-134

- En cas de décès : un capital ou une rente, versé à votre conjoint ou à vos enfants.

De la même manière que la mutuelle santé, le contrat de prévoyance peut être individuel ou collectif. Ses garanties peuvent inclure le frais d'assistance en cas de besoin d'une aide à domicile.

### **3.2.1. L'organisation de la prévoyance**

En France, l'organisation des institutions de prévoyance (IP) est la parité, soit une égale représentation des employeurs et des salariés. Les IP et les unions d'IP sont gérées par un conseil paritaire dotés des pouvoirs les plus étendus. Les administrateurs sont désignés ou élus selon des modalités fixées aux statuts et variables en fonctions de la nature des IP.

La spécificité des institutions de prévoyance tient, en effet, avant tout à leur création et à leur organisation paritaire. Les conseils d'administration sont constitués à parts égales de représentants des salariés et de représentants des entreprises. Concrètement cela signifie que ces représentants travaillent ensemble pour piloter l'institution.

Ce fonctionnement permet de prolonger ce qui se passe dans l'entreprise où le dialogue social a su faire émerger des solutions originales, adaptées dans l'intérêt des salariés, de leurs familles et de l'employeur. De plus, les partenaires sociaux connaissent la réalité du terrain et les préoccupations des entreprises et des populations couvertes.

## **3.3. Les sociétés d'assurance mutuelle et les sociétés mutuelle de l'assurance**

### **3.3.1. Définition de la SAM et SMA**

- Les sociétés d'assurances mutuelles (SAM) : les compagnies d'assurances, relève du Code des Assurances. Sont des sociétés de capitaux, elles traitent avec des clients qui ne peuvent intervenir dans le mode de gestion de l'entreprise. Elles procèdent, par souci de gestion bénéficiaire, à la sélection des risques. Il n'y a pas de différence notable remarquée entre les prestations proposées par les SAM et

les SMA (délais de traitement, remboursement...), mais bien un changement de statut entre ces deux structures<sup>27</sup>.

- Les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) : Les mutuelles sont des sociétés qui relèvent du Code de la Mutualité ; Les mutuelles sont des sociétés à but non lucratif fondées sur la solidarité entre leurs membres pour le remboursement de leurs charges et frais médicaux occasionnés par les maladies ou accidents. Leurs fonds sont donc constitués par les cotisations des membres adhérents. Contrairement à la Sécurité Sociale qui tient lieu de régime obligatoire, la mutuelle est facultative et accessible à chacun. Les SMA ont un objectif non commercial, elles sont constituées pour assurer les risques apportés par leurs adhérents<sup>28</sup>.

### 3.4. Les fonctionnements de mutuelle d'assurance santé

Le but d'une mutuelle d'assurance santé est d'agir en complément de la Sécurité sociale pour couvrir les dépenses de santé de leurs adhérents, ou la couverture de risque à partir d'une socialisation de compensation interne entre les adhérents.

Ces mutuelles assurent les risques relatifs à la santé, au décès, et aux incapacités. Ces risques sont regroupés sous l'entité de santé-prévoyance.

Les deux principes des mutuelles d'assurance santé sont les suivants :

- Le principe de sélection : on ne peut pas écarter un adhérent sous prétexte de sa situation face à un risque couvert, et non plus demander une cotisation en fonction de sa santé ou de sa consommation de prestations et de médicaments.
- Le principe de l'équilibre : la cotisation peut cependant varier en fonction du revenu et de l'âge.

---

<sup>27</sup><https://www.acorismutuelles.fr/faq/sante-pratique/quelle-difference-entre-une-mutuelle-et-une-compagnie-dassurance> (consulté le 01/01/22 à 23h23).

<sup>28</sup> Jean Bigot : traité de droit des assurances ; éd, delta, 2000, P.106

### 3.4.1. Les prestations de mutuelle de l'assurance santé

Les prestations de la complémentarité sont au nombre de cinq qui sont :

- Modalités de prise en charge : la date prise en compte pour le service d'une prestation est la date de prescription de l'acte.
  - Hospitalisation : l'établissement pourra être réglé directement par l'assureur, en fonction de la garantie souscrite, moyennant délivrance préalable d'une prise en charge hospitalière.
  - Pharmacie : l'adhérent-assuré peut se voir dispensé de l'avance du ticket modérateur des frais pharmaceutique s'il a souscrit la garantie.
- Obligations de l'adhérent assuré  
Pour obtenir le règlement des prestations, l'adhérent- assuré ou toute personne agissant en son nom doit adresser à l'assureur les pièces justificatives suivantes :
  - Avant l'exécution des soins : ainsi l'adhérent assuré pourra prétendre au remboursement prévu dans le certificat d'adhésion.
  - Après soins : les décomptes originaux des remboursements du régime obligatoire pour les assurés sociaux.
- Déchéance : délais à respecter, l'adhérent assuré devra adresser toutes les pièces justificatives nécessaires dans bref délai, suivant la date de l'événement donnant naissance aux prestations.
- Engagement de l'assureur : sauf en cas de force majeur, le règlement des prestations est effectué par chèque ou par virement dans un délai bien déterminé, suivant la réception des pièces justificatives.
- Subrogation : en cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément au code des assurances à concurrence des prestations à caractère indemnitaire versées à l'adhérent.

### **3.4.2. Le remboursement des soins de l'assurance santé**

D'après la fédération française de l'assurance, les frais de soins sont partiellement pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. L'assurance complémentaire intervient pour compléter ces remboursements, de manière plus ou moins importante, en fonction des garanties souscrites<sup>29</sup>.

Les dépenses de santé sont réparties en groupe selon leurs actes médicaux et des postes, les principaux postes des soins sont les suivants :

- Actes médicaux (qui correspondent aux consultations et visites de médecins et spécialistes)
- Hospitalisation (les soins courant)
- Médicaments (disponible à la pharmacie et classés en catégories)
- Optique
- Dentaire

Toutefois, selon les assureurs, cette liste peut encore s'allonger. Il est donc important d'utiliser un comparateur des mutuelles afin de mettre en balance les offres de mutuelle d'assurance santé en fonction des garanties appliquées.

### ***Conclusion du chapitre***

La mutualisation est un instrument efficace pour garantir la gestion du risque maladie en regroupant les ressources et les forces pour réduire le poids financier de la couverture maladie. De plus, la mutualisation de l'assurance maladie suscite un réel intérêt particulier du fait qu'elle est au centre des soucis d'équité et de solidarité dans

---

<sup>29</sup> Fédération française de l'assurance : <https://www.ffa-assurance.fr/infos-assures/les-prestations-de-assurance-complementaire-sante#Le%20remboursement%20des%20frais%20de%20soins> (consulté 05/01/22 à 02h03).

l'accès aux soins et du financement, mais aussi un facteur majeur de la cohésion sociale de deux entités qui ont le même objectif.

Cependant, la mutualisation de l'assurance maladie, est confrontée à un certain nombre des problèmes. Au faite, l'assurance maladie trouve des difficultés au niveau de la mutualisation qui se trouve qu'il y'a trois mutuelle sur le marché.

***Chapitre II : La***  
***mutualisation de la***  
***santé en Algérie***

## ***Introduction***

La mission essentielle de la mutualisation de la santé est de permettre à tous les assurés, d'accéder à des soins de la meilleure qualité possible en s'appuyant sur le principe de la complémentarité étroite avec l'assurance maladie.

Durant ces dernières années, les dépenses de la santé ont considérablement augmenté surtout avec les effets du covid19 ce qui remet en cause les modalités de prise en charge. En fait, la mutualisation de l'assurance santé est de réaliser l'équilibre de la complémentarité de l'assurance maladie.

L'objectif de ce chapitre est de montrer le fonctionnement de l'assurance maladie et les différentes mutuelles en Algérie.

Ce chapitre est organisé en trois sections. La première section portera sur le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie. La deuxième section quant à elle, sera consacrée aux conventions de l'assurance maladie en Algérie. Et enfin, la troisième section traitera les mutuelles d'assurance maladie en Algérie.

### ***Section 1 : fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie***

L'objectif de cette section est de montrer le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie, sa place et son statut.

#### **1.1. Le système de sécurité sociale en Algérie**

Le système de sécurité sociale algérien est basé sur un régime de protection sociale qui désigne un ensemble de dispositifs et d'institutions majoritairement publics qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses.

La sécurité sociale algérien regroupe les risques sociaux en sept (7) branches à savoir<sup>1</sup> :

- L'assurance maladie,
- L'assurance maternité,
- L'assurance invalidité,
- L'assurance décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- L'assurance vieillesse (la retraite),
- L'assurance chômage,
- Les prestations familiales.

### **1.1.1. Historique de la sécurité sociale en Algérie**

L'histoire de la sécurité sociale en Algérie ne date pas de l'indépendance. Son application en Algérie a tardé jusqu'à 1949, suite à l'extension du régime de sécurité sociale en France. L'acte de naissance de la sécurité sociale en France est l'ordonnance du 04 octobre 1945. Cette naissance s'inscrit intimement dans un processus continu lié aux bouleversements économiques de l'évolution du système libéral mondial.

Au lendemain de l'indépendance (1962), en Algérie existait un système de sécurité sociale très fragmenté, composé de plus de 11 divers régimes : des caisses de régimes spéciaux, régime agricole, de secours minier, caractérisés par des différences dans le financement, la nature et le niveau des prestations ainsi que le mode de gestion.

C'est à partir des années 1970 que la problématique de la réforme du system de sécurité sociale est posée. Les buts de la réforme étaient l'unification des régimes, l'uniformisation des avantages et l'extension des bénéficiaires. En février 1975 une commission nationale de réforme s'installa mais le projet élaboré ne pouvait pas être adoptée par le gouvernement à cause des résistances des ministères de tutelle des régimes particuliers. Des améliorations importantes ont été alors apportées par voie des circulaires au niveau des prestations servies<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> CLEISS : le régime algérien de sécurité sociale (salariés). [www.cleiss.fr](http://www.cleiss.fr)

<sup>2</sup> Abdelkadir REMAL : histoire se sécurité sociale en Algérie. 2014. [https ://abdelkadirremal.wordpress.com](https://abdelkadirremal.wordpress.com)

C'est avec les lois de « juillet 1983 » (lois 83-11/12/13/14/15) que le système de l'assurance sociale se renouvelait autour les principes d'unification des régimes et d'uniformisation des avantages, mais à partir des années 90 le corps de ces lois fut modifiée par des textes de niveau inférieur qui constituèrent néanmoins, une sérieuse fissure de l'édifice mis en place en matière de sécurité sociale.

La première vague d'unification de 1983 a permis de créer d'abord deux grandes caisses :

- La Caisse nationale des assurances sociales et des accidents de travail (CNASAT) ;
- La Caisse nationale des retraites (CNR).

En 1992 est apparue une nouvelle organisation donnant naissance à trois nouvelles caisses :

- La Caisse nationale des assurances sociales (CNAS) ;
- La Caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS) ;
- La Caisse nationale des retraites (CNR).

Cette nouvelle organisation prend en considération la distinction entre salariés et non-salariés.

D'autres changements sont effectués en 1995 : mise en place de la Caisse nationale d'assurance-chômage (CNAC) et en 1998 : l'institution de la Caisse nationale des Congés payés des travailleurs du Bâtiment et d'Hydraulique (CACOBATPH).

## **1.2. L'assurance maladie en Algérie**

Ayant vu les différentes définitions de l'assurance maladie et son histoire, nous allons pouvoir aborder son fonctionnement, les bénéficiaires et ses prestations.

### **1.2.1. Statut juridique et tutelle des caisses de l'assurance maladie**

#### **1.2.1.1. Statut juridique**

A la différence des établissements et organismes de nature publique, qui ont un statut d'Etablissement Public à caractère administratif et qui fonctionnent selon le principe du financement par les dotations budgétaires de l'Etat, les caisses de sécurité sociale sont dotées d'un statut particulier : Etablissement Public à Gestion Spécifique, qui les soumettent au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers.

#### **1.2.1.2. Tutelle**

Les différentes caisses de l'assurance maladie sont mises sous la tutelle de ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, ce dernier nomme les directeurs généraux qui le gèrent. Ainsi toutes les opérations ne sont pas exécutoires sans l'approbation du ministère. Celle-ci veille à l'application de la législation et la réglementation aussi fournit des avis, des études ou des analyses sur tous les problèmes qui touchent à l'assurance maladie.

Cependant, l'article 3 du décret n°3-137 du 24 mars 2003 fixe les attributions du ministère et énonce que ce dernier se charge<sup>3</sup> :

- D'œuvrer au renforcement du système de sécurité sociale et à son développement ;
- De mettre en œuvre toute mesure visant à consolider le système de sécurité sociale et assurer un équilibre financier de ses caisses ;
- De proposer les éléments de stratégie et de politique de prise en charge des besoins en matière de sécurité sociale et évaluer les besoins prioritaires ;
- D'élaborer un plan de rationalisation des dépenses en matière de sécurité sociale (notamment l'assurance maladie) par une politique de remboursement adéquate et un développement du contrôle médical.

---

<sup>3</sup> [www.mtess.gov.dz](http://www.mtess.gov.dz)

### **1.3. Le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie**

Au début, l'assurance maladie était basée sur un système professionnel et couvre les catégories professionnelles en activité. Depuis les réformes de 1983, il s'est étendu aux catégories sociales particulière (handicapés, anciens combattants, stagiaire, étudiants, chômeurs émergeant à la caisse de chômage). Elle passe d'un système professionnel à un système social intégrant les catégories sociales particulières<sup>4</sup>. L'assurance maladie comme l'assurance sociale sont gérées par les deux organismes de la sécurité sociale qui sont les : CNAS et CASNOS

#### **1.3.1. Le CNAS<sup>5</sup>**

La CNAS est un établissement public à gestion spécifique en application de l'article 49 de la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988. Elle est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, et réputée commerçante dans ses relations avec les tiers. La CNAS a pour mission de :

- Gérer les prestations des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès) ainsi que des accidents du travail et maladies professionnelles.
- Gérer les prestations familiales pour le compte de l'Etat.
- Assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues avant.
- Le contrôle et la gestion du volet contentieux relatif à la collecte des souscriptions visant à financer des rendus.
- Attribuer un numéro d'immatriculation aux assurés sociaux et aux employeurs.
- Contribuer à promouvoir la politique de prévention des AT/MP et gérer le fonds de prévention AT/MP.

---

<sup>4</sup> Lamri Larbi : système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd, OPU, Algérie, 2004. P.76-77

<sup>5</sup>CNAS : présentation de la cnas ; <https://cnas.dz/fr/presentation-de-la-cnas/> (consulté le 17/02/2022)

- Gérer les prestations dues aux personnes bénéficiaires des accords bilatéraux de sécurité sociale.
- Organiser, coordonner, exercer le contrôle médical des bénéficiaires.
- Entreprendre des actions en vue de faire bénéficier les travailleurs et leurs ayants droit de prestations collectives, sous forme de réalisations à caractère sanitaire et social.
- Gérer le fonds d'aide et de secours.
- Conclure des conventions avec les prestataires de soins.
- Assurer l'information des bénéficiaires et des employeurs.

### **1.3.2. La CASNOS<sup>6</sup>**

D'après, l'article 3, du décret n° 93-119 du 15 mai 1993, la CASNOS a pour mission :

- De gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales des non-salariés.
- De gérer les pensions et allocations de retraites des non-salariés.
- De gérer jusqu'à extinction des droits des bénéficiaires les pensions et allocations servies au titre de la législation antérieure au 1er janvier 1984, – d'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues aux alinéas précédents.
- De gérer, le cas échéant, les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale.
- D'organiser, de coordonner et d'exercer le contrôle médical.
- D'entreprendre des actions sous forme de réalisations à caractère sanitaire et social telles que prévues à l'article 92 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 susvisée, après proposition du conseil d'administration de la caisse.
- D'entreprendre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire après proposition du conseil d'administration,

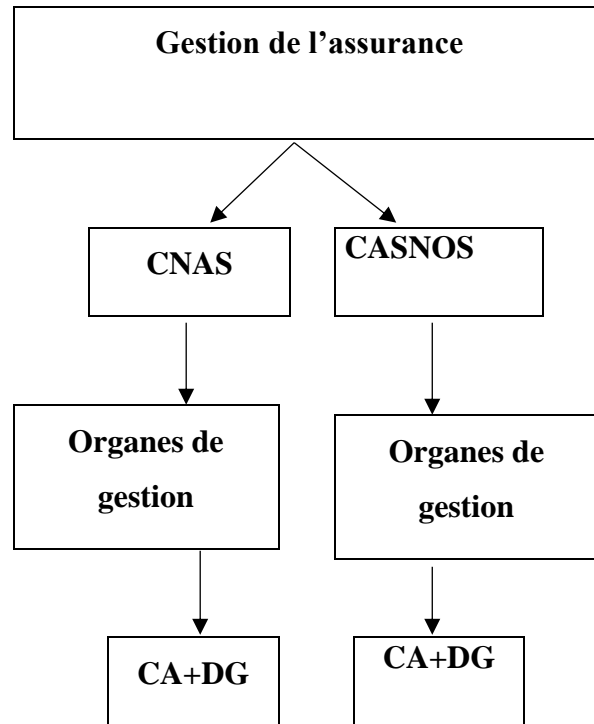
---

<sup>6</sup>CASNOS : les missions de la casnos, <https://casnos.com.dz/missions/> (consulté le 17/02/2022)

- De gérer le fonds d'aide et de secours prévu à l'article 90 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 susvisé.
- De conclure, en coordination avec les caisses de sécurité sociale concernées, les conventions prévues à l'article 60 de la loi n° 83- 11 du 2 juillet 1983 susvisé.
- De procéder à l'immatriculation des assurés sociaux bénéficiaires.
- D'assurer en ce qui la concerne, l'information des bénéficiaires.
- De rembourser les dépenses occasionnées par le fonctionnement des diverses commissions ou juridictions appelées à trancher suite à des litiges nés des décisions rendues par la caisse.
- De conclure des ententes avec les caisses de sécurité sociale en vue de fixer, tel que prévu à l'article 11 du décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 susvisé, les conditions dans lesquelles pourront être mis en œuvre des services du contrôle et du contentieux du recouvrement.
- De conclure des ententes avec les caisses de sécurité sociale en vue d'assurer le contrôle médical et le service des prestations.

L'organisation et le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie peut être résumé dans l'organigramme suivante :

Figure n° 2 : l'organigramme de fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie.



- Conseil d'administration**
- 18 représentants de travailleurs
  - 7 représentants des employeurs
  - 2 représentants de l'organisme de la fonction publique
  - 2 représentants des personnels de la caisse

- Conseil d'administration**
- 6 représentants des professions commerciales
  - 4 représentants des profession agricoles
  - 4 représentants des professions libérale
  - 4 représentants des professions artisanales
  - 2 représentants des professions industrielles
  - 1 représentant du personnel de la caisse.

Source : réalisé par nous-même d'après les documents :

CA : le conseil d'administration

DG : la direction générale

- Zahir BATTACHE : le grand manuel du droit de la sécurité sociale
- Décret exécutif n° 19-113 du 25 Rajab 1440 correspondant au 1er avril 2019 modifiant et complétant le décret exécutif n° 93-119 du 15 mai 1993 fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement administratif de la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés.

### **1.3.3. Les bénéficiaires et conditions d'ouverture de droit**

#### **➤ Bénéficiaires**

Au départ, le bénéfice de l'assurance maladie était réservé au travailleur et aux membres de sa famille (conjoint et enfants). Très vite, ce cadre étroit a été débordé, actuellement la notion d'assuré social et celle d'ayant droit embrassent des catégories nombreuses et variées<sup>7</sup>.

- L'assuré social.
- Le conjoint, non salarié, non divorcé ni séparé de corps ou de fait
- Les enfants à charge 18ans et sans limitation d'âge pour les infirmes. Sont également affiliés, bien qu'ils ne soient pas salariés, et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie :
  - ✓ Les étudiants y compris les étudiants étrangers
  - ✓ Les veuves de retraités non pensionnés
  - ✓ Les titulaires d'une pensions invalidité
  - ✓ Ayant droit d'un assuré décédé
  - ✓ Fille sans mariage
  - ✓ Ascendant à la charge de l'assuré
  - ✓ Moudjahidines
  - ✓ Handicapés

---

<sup>7</sup> Dr. Rachid T. : guide de la sécurité sociale, à l'usage des : Assurés sociaux et ayants-droits professions libérales Agences de sécurité sociale, éd, Dahlab, Algérie, P.23-24

- ✓ Les retraités
- ✓ Titulaire d'une rente d'accident du travail
- ✓ D'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle de conjoint, d'orphelin ou d'ascendant.

➤ **Conditions d'ouverture de droit**

Les conditions ont été allégées au fur et à mesure. Il suffit d'avoir travaillé deux semaines au cours du trimestre civile précédant la date de soins, de l'arrêt de travail ou soixante jours au cours de douze mois précédents au mêmes dates<sup>8</sup>.

## **1.4. Les prestations de l'assurance maladie**

L'assurance maladie en Algérie offre un registre varié de prestations : les prestations en nature et en espèce.

### **1.4.1. Les prestations en nature**

Selon l'article 8 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, les prestations en nature de l'assurance maladie comportent la couverture de frais des soins de santé<sup>9</sup> :

- Frais médicaux,
- Chirurgicaux,
- Pharmaceutiques,
- Frais d'hospitalisation
- Frais des diverses explorations (biologiques, radiologiques, électro radiologiques,
- Endoscopiques, isotopiques...),
- Frais de soins et de prothèses dentaires,
- Frais d'optique médicale,
- Frais de cures thermales,

---

<sup>8</sup> CNAS : « l'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes de soins de santé ».

<sup>9</sup> Loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, p, 1199

- Frais d'appareillages et de prothèses,
- Frais d'orthopédie maxillo-faciale,  
Frais de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle,
- Frais de transport par ambulance ou tout autre moyen lorsque ce mode de transport est nécessité par l'état du malade.

Les prestations en nature sont prises en charge au taux de 80% des tarifs de remboursement par l'organismes de la sécurité sociale. Cependant, l'article 59 de la même loi fixe le ticket modérateur, qui représente la part de prise en charge au taux de 20% de frais de soins par les assurés.

#### **1.4.2. Les prestations en espèce**

Les prestations en espèce, sont destinées à compenser le salaire d'un travailleur qui se trouve dans l'incapacité de travailler à cause d'un arrêt de travail pour de raison de maladie.

Elles sont versées sous forme d'indemnité journalière, à compter de la date de l'arrêt de travail pour maladie ordonnée par un médecin. Le montant de l'indemnité journalière fixée comme suit :

- 50% du salaire journalière est soumis du premier au quinzième jour suivant l'arrêt de travail au poste journalier net ;
- 100% du même salaire :
  - ✓ A compter du seizième jour d'arrêt de travail ;
  - ✓ A compter du premier jour, s'il est hospitalier ou reconnu atteint d'une maladie de longue durée.

L'indemnité journalière est due pour chaque jour ouvrable ou non ; elle ne peut pas être inférieur à 50% ou à 100% du montant du salaire minimum. L'indemnité journalière est maintenue, en tout ou en partie pendant une durée fixée par l'organisme de sécurité sociale. Les assurés bénéficient de prestations en espèce contrairement aux prestations en nature ou chacun bénéficie des prestations assurées et ayants droits.

## **Section 2 : les conventions de l'assurance maladie**

Nous avons parlé de l'assurance maladie et son fonctionnement. Il est important d'analyser les différentes conventions de l'assurance maladie.

### **2.1. Des conventions en général**

Les différentes conventions de l'assurance maladie dans le cadre des prestations de soins de santé, conformément à la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, qui dans son Article 60 tout, bénéficient du système du tiers - payant, les assurés sociaux et leurs ayants droit qui s'adressent aux praticiens et personnels paramédicaux ainsi qu'aux établissements de soins privés, aux officines pharmaceutiques privées et publiques, lesquels auront passé des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

#### **2.1.1. Les objectifs du conventionnement**

Tout d'abord, faciliter l'accessibilité aux soins pour les assurés sociaux et leurs ayant. L'assuré social qui s'adresse à un prestataire de soins conventionné n'a rien à déboursier quand il bénéficie des prestations en nature au taux de 100% et ne règle que le montant de sa participation aux frais (ticket modérateur).

➤ **Les prestations conventionnées<sup>10</sup> :**

Les différentes prestations conventionnées avec les caisses de la sécurité sociales sont :

- ✓ Des médecins (généralistes et spécialistes) et pharmaciens exerçant à titre privé.
- ✓ Des établissements de soins spécialisés.
- ✓ Etablissements de soins thermaux
- ✓ Centre de thalassothérapie de SIDI FERIDJ.
- ✓ Des établissements de soins privés.

---

<sup>10</sup>Zahir Battache. : le grand manuel du droit de la sécurité sociale, éd, Berti, 2019, P.766-767

- ✓ Clinique de maternité.
- ✓ Centre médico-sociaux d'entreprises ou de mutuelle.
- ✓ Centre d'hémodialyse.
- ✓ Clinique de chirurgie pour la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle.
- ✓ Un fournisseur d'appareillage et d'accessoires pour personnes handicapées.
- ✓ Des opticiens lunetiers.
- ✓ Des opérateurs de transport sanitaire.
- ✓ Des centres d'accueil gérés par des associations de parents d'enfants inadaptés mentaux, assimilés à des établissements de soins spécialisés.

## **2.2. Organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé**

La contractualisation consiste en une redéfinition de la nature des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de soins en matière de financement de la prise en charge des séjours et traitements prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.

D'après l'article 2, du décret n°04-101 du 01/04/2004, la mise en œuvre des relations contractuelles liant les organismes de la sécurité sociale et le ministère chargé de la santé, la contribution annuelle des organismes de sécurité sociale destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et leurs ayants-droits, est versée par fractions trimestrielles<sup>11</sup>.

La décision interministérielle du 18 octobre 2005 porte création, composition et attributions des comités intersectoriels de wilayas chargé de suivi et de l'évaluation, de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya.

---

<sup>11</sup> Décret exécutif n° 04-101 du 11 safar 1425 correspondant au 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

- **Les principes de la contractualisation :**
  - ✓ Rattachement de l'hôpital au centre de paiement le plus proche de son lieu d'implantation.
  - ✓ Facturation individuelle des frais d'hospitalisation sur la base du prix moyen de journée d'hospitalisation.
  - ✓ Règlement des titres de perception (factures) par l'agence du lieu d'implantation, quels que soient l'agence et le centre de domiciliation des assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux concernés.

### **2.3. Le conventionnement des centres d'accueil**

Selon, l'article 3 du Décret exécutif n° 19-253 du 16 Moharram 1441 correspondant au 16 septembre 2019, fixant les conditions de création des centres d'accueil d'enfance. L'accueil de la petite enfance s'effectue dans les différents établissements créés par les administrations, les institutions ou les services publics, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles sociales, les associations, les entreprises et les personnes physiques ou morales de droit privé, conformément à la réglementation et les dispositions en vigueur<sup>12</sup>.

Les établissements sont tenus d'accueillir les enfants handicapés, pour faciliter leur intégration progressive et totale dans le milieu social. Ils doivent aussi disposer, d'un espace pour l'accueil des parents d'enfants qui peuvent effectuer des visites de ces établissements et s'enquérir des conditions et modalités de la prise en charge de leurs enfants.

Les conventions des centres d'accueil ont pour objectifs de fixer les conditions de séjour des malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux dont l'état de santé nécessite l'admission dans un centre d'accueil ainsi que les conditions de règlement par la CNAS des frais résultants d'un tel séjour.

---

<sup>12</sup> Décret exécutif n° 19-253 du 16 Moharram 1441 correspondant au 16 septembre 2019 fixant les conditions de création, l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.

## **2.4. Organisme de sécurité sociale et l'établissement hospitalier privé**

La convention a pour objet de définir les relations contractuelles entre l'organisme de sécurité sociale et l'établissement privé autorisé à assurer des activités médico-chirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires pour le bénéfice du système du tiers payant.

Cependant, selon l'article 2, du décret exécutif n° 14-367 du 22 Safar 1436 correspondant au 15 décembre 2014, La présente convention s'applique aux assurés sociaux et à leurs ayants droit souffrant de pathologies cardiaques et/ou vasculaires et munis d'engagements de prise en charge délivrés par l'organisme de sécurité sociale conformément aux procédures prévues par la présente convention<sup>13</sup>.

### **➤ Le champ d'applications de cette convention**

- ✓ CEC/CCO
- ✓ Plastie valvulaire
- ✓ Valves artificielles
- ✓ Revascularisation (mono, bi ou triple pontage)
- ✓ Cardiopathie congénitale
- ✓ Chirurgie mixte
- ✓ Redo en sud
- ✓ Tumeurs cardiaques
- ✓ Péricardite chronique
- ✓ Embolie pulmonaire
- ✓ Chirurgie vasculaire périphérique
- ✓ Chirurgie gros vaisseaux et thorax
- ✓ Coronarographie/ kt diag
- ✓ Stent supplémentaire
- ✓ Artériographie

---

<sup>13</sup> Décret exécutif n° 14-367 du 22 Safar 1436 correspondant au 15 décembre 2014 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les Etablissements hospitaliers privés autorisés à assurer des activités médico-chirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires.

- ✓ Dilatation artérielle périphérique
- ✓ Dilatation pulmonaire
- ✓ Dilatation mitrale
- ✓ Fermeture pca
- ✓ Pace mono

### ***Section 3 : les différentes mutuelles en Algérie***

Après, avoir vu les concepts de base de la mutualisation et ses définitions, on va aborder son organisation et les différentes mutuelles de santé qui existe en Algérie.

#### **3.2. Les catégories de mutuelle en Algérie**

L'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 supprime le monopole de l'État sur le marché d'assurance, permettant la naissance des compagnies privées. Cette ordonnance a aussi entraîné la réduction de nombre de garanties dont la souscription est obligatoire<sup>14</sup>. Pour ce qui est de l'agrément des mutuelles est la loi 90-33 du 25 décembre 1995, modifiée et complétée, relative aux mutuelles sociales, qui détermine les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales. Parmi les mutuelles existantes en Algérie, sur le marché national des assurances on compte trois mutuelles de l'assurance qui sont les : la CNMA, le MUTUALISTE, la MAATEC et aussi les mutuelles sociales on a : MUNATEC, MGIP, MGPTT, MGC ; et enfin on a aussi des filiales comme, AMANA ASSURANCE, etc.

Au niveau de la wilaya de Tizi-Ouzou, on trouve plusieurs mutuelles essentiellement Amana assurance. Amana assurance est une compagnie locale, Suite à un rapprochement stratégique en 2008 entre la MACIF et la SAA. Ces deux acteurs importants de l'assurance ont décidé de créer une filiale commune spécialisée en Assurance de Personnes qui relève du droit privé. Deux grands banquiers se sont également joints au partenariat pour le conforter, la BADR et la BDL. Dès le 01 juillet 2011, la compagnie a commencé ses activités d'assurances.

---

<sup>14</sup>Cheik Bouaziz : l'histoire de l'assurance en Algérie, 2013, P. 288

Toutefois ; les mutuelles en Algérie sont réparties en deux catégories distinctes qui sont les mutuelles de santé et les mutuelles d'assurance.

### **3.1. Organisation de la mutualité**

La mutualité doit remplir deux conditions :

- Les conditions de base : l'organisation des risques
- D'autres conditions : elles sous-tendent celle-ci et sont décisives dans le bon fonctionnement de la loi des grands nombres.
  - Organisation des risques<sup>15</sup> :

Pour que la compensation entre les risques puisse se réaliser et afin de pouvoir minimiser au maximum l'incertitude, il est nécessaire de réunir un grand nombre de risques semblables. En effet, l'organisation statistique est indispensable à la détermination de la cadence des sinistres.

- Les autres conditions :

La mutualité doit réunir d'autres conditions dont :

- ✓ L'homogénéité des risques,
- ✓ La dispersion des risques,
- ✓ La fréquence de réalisation

#### **3.2.1. Les mutuelles de santé et de prévoyance**

Les mutuelles de santé et de prévoyance exercée principalement deux activités à caractère sanitaire, dites des activités sociales.

Au niveau sanitaire, on rencontre des activités groupées autour de :

- Centres médicaux
- Cliniques mutuelles

---

<sup>15</sup> Messaoud Boualem Tafiani : les assurances en Algérie : étude pour une meilleur contribution à la stratégie de développement ; OPU ; p. 121-124

- Soins à domiciles

Au niveau social, on rencontre souvent les structures suivantes :

- Des centres d'accueil
- Centres de loisirs

### **3.2.1.1. Les objectifs de mutuelle de santé**

Conformément à l'article 3 de la Loi n° 15-02 du 13 Rabie El Aouel 1436 correspondant au 4 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales ; La mutuelle sociale a pour vocation de mener des actions de solidarité, d'entraide et de prévoyance en faveur de ses membres adhérents et de leurs ayants droit au moyen, notamment, de versement de cotisations<sup>16</sup>.

Les mutuelles sociales assurent à leurs membres adhérents, des prestations du régime général, individuelles ou collectives, complémentaires et, le cas échéant, supplémentaires à celles servies par la sécurité sociale<sup>17</sup>.

### **3.2.1.2. Les organes de la mutuelle de santé**

Les différents organes de la mutuelle de santé :

- L'assemblée générale,
- Le conseil d'administration,
- Le bureau du conseil d'administration,
- La commission de contrôle,

Les fonctions des membres de ces organes s'exercent à titre bénévole ; leur mandat de membre est incompatible avec l'exercice de toute fonction rémunérée au sein de la mutuelle sociale.

---

<sup>16</sup>Loi n° 15-02 du 13 Rabie El Aouel 1436 correspondant au 4 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales

<sup>17</sup>Zahir Battache : le grand manuel du droit de la sécurité sociale, éd, Berti, 2019, P. 608 Op. cité

### **3.2.2. Les mutuelles de l'assurance santé**

Les mutuelles d'assurances sont des entreprises à but non lucratif, régies par le Code des assurances. Il y a deux types de mutuelles d'assurances :

- Les mutuelles d'assurance dommages : assurent les biens mobiliers et immobiliers (machines, voiture, maison, etc.).
- Les mutuelles d'assurance de personnes : ils protègent les personnes contre les aléas de la vie (santé, retraite complémentaire, assurance voyage, etc.).

L'agrément des mutuelles d'assurances relève du ministère des Finances, sur avis du Conseil national des assurances (CNA). Et pour qu'une mutuelle d'assurance soit agréée, elle doit réunir un minimum de 5000 sociétaires-assurés et disposer d'un Fonds d'établissement minimum de 600 millions de dinars pour une mutuelle d'assurance de dommages et de 300 millions de dinars pour une mutuelle d'assurance de personnes. Quant aux mutuelles sociales, elles sont un complément à la sécurité sociale. Elles prennent notamment en charge la partie du prix du médicament non remboursable (20%) par la sécurité sociale. Seuls les travailleurs salariés et affiliés à la sécurité sociale peuvent adhérer aux mutuelles sociales<sup>18</sup>.

#### **3.2.2.1. Les objectifs de mutuelle d'assurance santé**

La particularité de mutuelle d'assurance est d'impliquer l'assuré dans son fonctionnement. En effet, la mutualisation suppose que l'assuré devienne un membre à part entière. En tant que membre, il pourra non seulement bénéficier des offres d'assurance émises, mais aussi participer à la vie, à la gestion de la mutuelle<sup>19</sup>. Il sera membre adhérent avec tous les autres assurés et pourra intégrer les organes dirigeants (conseil d'administration, bureau). Le but est de viser par le biais de la mutualisation des risques, à proposer des services d'assurance à des tarifs attractifs, on affirme alors que l'objet de la SAM est non commercial.

---

<sup>18</sup> Revue de L'ASSURANCE N°5 - Avril 2014

<sup>19</sup> André Martin : techniques d'assurances en 34 fiches, éd, Dunod, 2010, P.9

### **3.2.2.2. Les organes de la mutuelle d'assurance santé**

Les différents organes assurent la gestion de l'assurance soins de santé sont les suivantes<sup>20</sup> :

- Le conseil général : détermine les orientations de politique générale en matière de santé.
- Le comité de l'assurance santé : assume les tâches plus directement liées aux dispensateurs et aux prestations de soins.
- La commission de contrôle budgétaire : fait le rapport sur la gestion du secteur de l'assurance santé, ainsi que sur les recettes et les dépenses, sur l'évolution et sur les prévisions en matière, elle propose des mesures d'économie à appliquer à certains secteurs en vue de respecter la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé.
- Le conseil scientifique : est chargé d'examiner tout aspect scientifique en relation avec l'assurance santé et la qualité de la dispensation des soins.

### ***Conclusion du chapitre***

L'Algérie a consenti d'énormes efforts pour les mutuelles et l'assurance maladie à caractère obligatoire et solidaire dont le rôle principal est la sauvegarde de la santé. Par ailleurs, elle doit faire face à ce dilemme, celui d'améliorer à la fois la qualité des prestations offertes et la préservation des équilibres financiers. La mutuelle sociale est une personne morale de droit privé à but non lucratif.

Cependant, l'Algérie compte deux catégories de mutuelle : les mutuelles de santé et de prévoyance ont pour vocation de mener des actions de solidarité, d'entraide en faveur de ses membres adhérents, et enfin la mutuelle d'assurance santé relève de code d'assurance et dont le but est l'assurance complémentaire santé.

---

<sup>20</sup> INAMI : les organes du service des soins de santé. <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/soins-sante-organes.aspx#>. (Consulté le 26/01/22 à 1h24).

*Chapitre III : Amana  
assurance de Tizi-  
Ouzou*

## ***Introduction***

Dans cette dernière partie de notre travail de recherche a pour but de présenter l'environnement dans lequel ce travail a été réalisé mais également de préciser l'aspect méthodologique.

L'objet de ce chapitre est donc de savoir quelles sont les méthodes de mutualisation mise en œuvre pour fidéliser leurs clientèles.

## ***Section 1 : présentation de la société d'Assurance de prévoyance et de santé « Amana »***

L'objectif de cette section est donc de présenter la compagnie où se déroule notre stage pratique.

### **1.1. Présentations de la société d'assurance « Amana »**

Société par action au capital social de : 2.000.000.000 DA

Siege social : 40, chemin El Mouiz Ibn Badis (ex Poirson) El Biar, Alger.

Directeur Général : M<sup>r</sup> ABDI Mohand

Directeur du bureau régional : M<sup>r</sup> Selim CHETTI

AMANA est le fruit d'un partenariat stratégique entre :

- Le groupe mutualiste français la MACIF.
- Le leader du marché Algérien des assurances la SAA.

Deux grandes banques ont rejoint le partenariat, la Banque de Développement Local (BDL) et la Banque Algérienne de Développement Rural (BADR).

Cette alliance forge la culture et l'image d'Amana : la solidarité du secteur public, la flexibilité du privé et l'expertise d'un acteur mutualiste international.

Figure n° 3 : structure capitalistique



Ce schéma montre la part de chaque actionnaire de AMANA assurance.

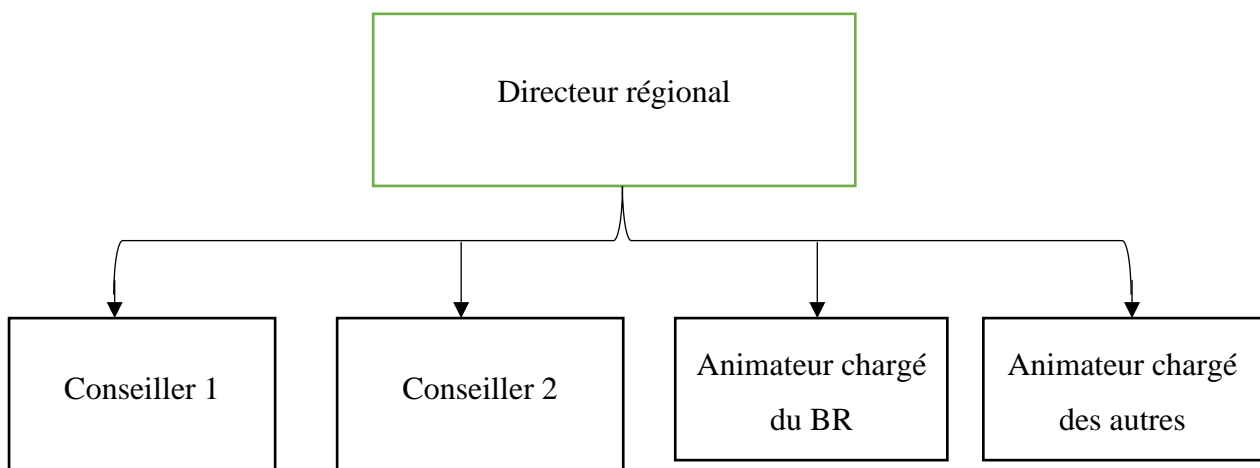
Sa création s'est faite dans le cadre de la loi 06-04 qui prévoyait la séparation de l'assurance des personnes, des assurances dommages.

AMANA était la première compagnie à être agréée en date du 10 Mars 2011 par l'arrêté N°13 publié dans le journal officiel.

Dès le 01 juillet 2011, la compagnie a commencé ses activités d'assurance<sup>1</sup>.

## 1.2. Présentation de l'organigramme du siège de régional de Tizi-Ouzou

Figure n°4 : organigramme



<sup>1</sup> IDDIR Noussia : la stratégie de fidélisation dans le marketing des services. Cas : AMANA ; UMMTO, 2016, P.68

Le directeur régional rattaché à la direction nationale des ventes, ou à la direction commerciale, a pour objectif de mettre en œuvre et de coordonner la politique commerciale de l'entreprise sur la zone géographique de Tizi-Ouzou.

Les deux conseillers sont chargés de l'accueil et la réception des clients au sein de AMANA ; l'animateur chargé du BR a pour mission d'animer la promotion des partenariats, de présenter le produit aux clients de l'entreprise. L'animateur chargé des autres partenariats est chargé de la prise en charge de l'activité commerciale des partenaires.

### **1.3. Missions**

AMANA a pour mission la solidarité collective, d'anticiper les événements imprévus et limiter leur impact financier, humain et social par la prévention et le conseil. Mettre en place et gérer des systèmes de mutualité et de solidarité face aux aléas naturels de la vie c'est-à-dire la gestion de la solidarité inter et intra-entreprise aussi par la protection financière la prise en charge des conséquences financières des sinistres. Mettre au service aux entreprises des dispositifs de prévoyance sociale collective. Les dispositifs de solidarités et de gestion des risques publiques et étatique, privée et collective, familiale.

### **1.4. Fonctionnement**

Le fonctionnement des activités de AMANA par couverture.

Tableau n°2 : Les activités de AMANA

Prévoyance	Social	Santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décès toutes causes</li> <li>• Décès accidentel</li> <li>• Invalidité absolue et définitive (IAD)</li> <li>• Invalidité permanente partielle</li> <li>• Capital ou rente éducation</li> <li>• Frais funéraires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forfaits mariage, naissance, circoncision</li> <li>• Indemnité de départ retraite</li> <li>• Forfait pèlerinage</li> <li>• Forfait scolarité (trousseau scolaire)</li> <li>• Forfait baccalauréat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actes médicaux courants (consultation généralistes ou spécialistes, pharmacie)</li> <li>• Hospitalisation, opérations et actes chirurgicaux</li> <li>• Accouchements (sage femme, gynécologie, maternité)</li> <li>• Lunetteries, dentaires et audition</li> <li>• Assistance : transport et évacuation sanitaire, accompagnateur, allo santé</li> </ul>

*Source : établie par nous-même.*

AMANA met à la disposition de ses adhérents un système de prestations médicales appelé « Tiers Payant » qui consiste à fournir une prise en charge dans la limite des plafonds de remboursement accordés dans le contrat d'assurance.

Aussi, elle permet aux bénéficiaires de régler le ticket modérateur directement au prestataire, qui par la suite adressera une facture à AMANA pour la partie des frais pris en charge par la couverture maladie.

L'adhésion : se fait par la souscription d'un contrat (voir l'annexe n°3).

## ***Section 2 : la relation entre Amana Assurance, la sécurité sociale et les établissements de soins***

Dans le souci de bien décortiquer notre travail, nous avons divisé cette section en trois (3) parties, dans un premier temps il sera question de la méthodologie optée pour notre travail, dans un deuxième temps on abordera la relation entre AMANA et la sécurité sociale et par la suite on clôturera cette section par la relation de AMANA et les établissements de soins.

### **2.1. La méthodologie de recherche**

La méthode de travail adoptée dans notre étude a pour objectif principal de répondre à la problématique posée précédemment. Et cela, à travers l'enquête effectuée sur le terrain.

La méthodologie du travail utilisée consiste à déterminer les préoccupations des patients et les dispositifs d'Amana Assurance. Nous étions introduits à AMANA assurance par le biais d'une lettre d'introduction délivrée par l'université le 23/01/2022 et nous avons commencé notre stage pratique le 08/02/2022 jusqu'à le 14/04/2022. Nous avons recueilli certaines informations par l'interview du directeur régional de Tizi-Ouzou. L'entrevue de recherche est un entretien destiné à obtenir des renseignements. Cette technique nous a permis de rassembler les informations nécessaires à la réalisation de notre étude, en posant des questions à notre interlocuteur. Voici quelques questions que nous avons eu à poser, la relation entre Amana assurance et la sécurité sociale, les différents types des conventions, les différents types des contrats etc. Et aussi une recherche documentaire de type ouvrage, articles qui nous ont permis de saisir le sens

des données que nous avons recueillies auprès de la société d'Amana Assurance de Tizi-Ouzou.

## **2.2. Amana assurance et la sécurité sociale en Algérie.**

AMANA est une Société d'Assurance de Prévoyance et de Santé (SAPS) qui est spécialisée dans le domaine de la santé.

La sécurité sociale est un régime de protection sociale qui désigne un ensemble de dispositifs, qui a pour but de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses.

La relation entre ceux deux entités est étroite, juridiquement il n'y'a aucune convention ou accord entre les deux compagnies. Mais il y'a un certain nombre des contraintes imposés par l'état entre la mutuelle et la sécurité sociale.

### **2.2.1. Les différentes contraintes**

Les différentes contraintes qui obligé la mutuelle et CNAS à collaborer entre les eux sont :

- La prothèse dentaire ;
- La prothèse auditive ;
- Toutes les analyses liées au Covid19 ;
- La cure thermale ;

Tous les assurés ou adhérent qui sont atteint de ces différentes maladie peuvent être pris en charge par les deux compagnies.

Cependant, il y'a les prestations préventives et les prestations curatives. Toutes les prestations curatives sont immédiatement prises en charge par la CNAS et la mutuelle ; mais par contre les prestations préventives ne sont ni pris en charge par la CNAS, ni par la mutuelle. La CNAS a des médecins conseil qui doivent valider toutes les demandes de remboursement des adhérents.

### **2.3. Amana assurance et les établissements de soins.**

AMANA s'est lié des conventions avec des différents organismes des soins, au lancement de son activités. Il existe deux sortes des conventions entre AMANA et les organismes des soins.

#### **2.3.1. La convention inter partenariat assistance (IPA)**

On appelle inter partenariat assistance est un partenaire commercial qui fournit de l'assistance en cas d'urgence, on peut aussi appelée assistance santé ou médicale.

L'assistance santé ou médicale est une entité qui englobe divers services à la personne (prise en charge des frais médicaux, des frais d'hospitalisation d'urgence, l'évacuation sanitaire, l'hospitalisation, le rapatriement, etc.). C'est une forme d'assistance qui s'adresse à la personne en toutes circonstances, qu'elle soit chez elle, sur la route ou en voyage<sup>2</sup>.

Cependant, en Algérie il y'a trois compagnie d'assistance qui sont :

- Mapfre Asistencia Algérie ;
- Inter Partner Assistance Algérie ;
- Algérie Touring Assistance ;

Touring Club d'Algérie (TCA), était la première forme d'assistance développée en Algérie, au début des années quatre-vingt, une société publique de services touristiques. Mais, ce n'est qu'à partir de 2006, avec la constitution des premières sociétés spécialisées en assistance, que l'activité d'assistance connaîtra son véritable départ en Algérie.

AMANA a des conventions avec ces compagnies, qui prêt leurs services dans toutes le territoire national.

La valeur ajoutée de l'assistance en assurance santé est remarquable. A la différence de l'assurance qui rembourse un préjudice subi par l'assuré dans un certain délai, l'assistance apporte, elle, une aide tangible et immédiate à l'assuré en difficulté.

---

<sup>2</sup> Revue de L'ASSURANCE N°12 - Mars 2016

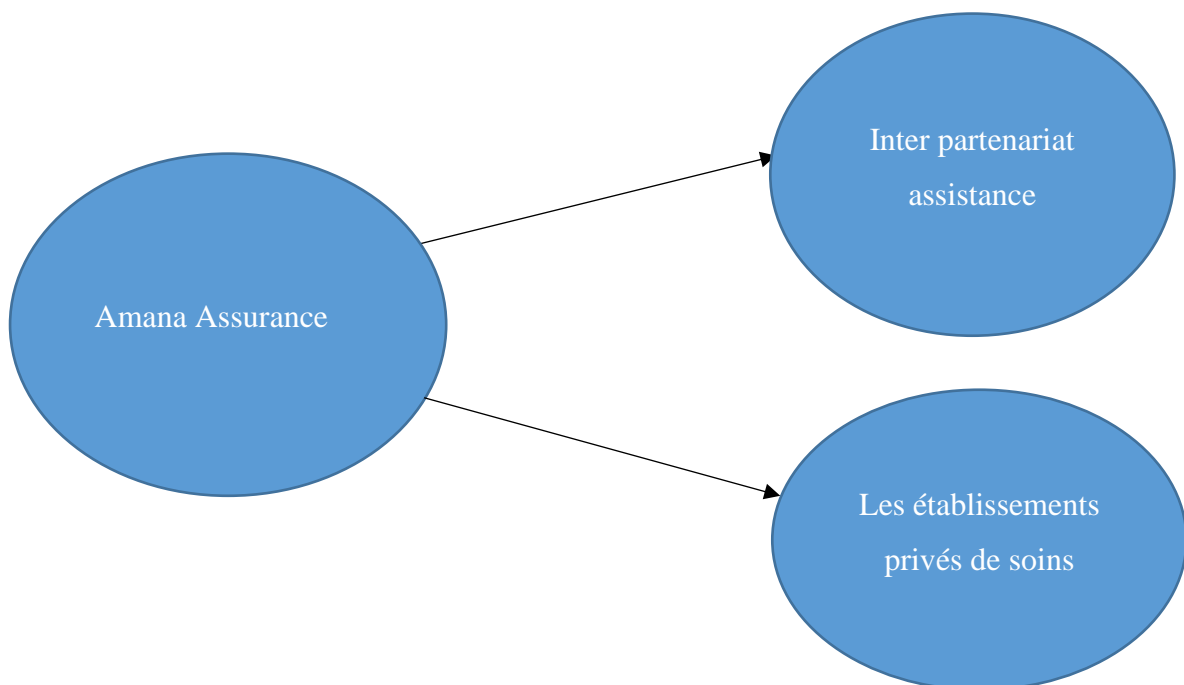
### 2.3.2. La convention directe entre Amana Assurance et les établissements de santé

La convention directe c'est un accord sans intermédiaire. La relation entre AMANA et les différents établissements privés de soins (hôpital, clinique, centre de santé, etc.), c'est une relation de travail. AMANA a des accords (convention) avec tous les établissements privés de soins exerçant sur le territoire national. Mais par contre il existe aucun accord (convention) ou des relations entre AMANA et les établissements public de soins.

Cependant, cette convention qui existe entre AMANA et les établissements privés de soins prive, c'est une convention nationale qui est valable sur tout le territoire national et concerne toutes les prestations de l'établissement.

Tout adhérent, peut accéder aux prestations de l'établissement de soins exerçant sur le territoire national, en présentant seulement la carte d'adhésion (voir l'annexe n°1).

Figure n°5 : les conventions



Source : élaboré par nous-même

### ***Section 3 : la prise en charge des dépenses de santé des malades***

Dans cette dernière partie de notre travail, nous allons voir comment Amana prend en charge les différentes de la dépense de santé.

#### **3.1. Le cadre**

Cette partie fait état des types d'assurance santé auprès des adhérents et ses exigences.

##### **3.1.1. Les typologies des assurances**

AMANA Assurance au niveau du territoire national offre à sa clientèle la couverture de deux risques d'assurance santé. Donc, il se trouve que l'assurance santé est partagé en deux type :

- L'assurance santé collective ;
- L'assurance santé individuel ;

Dans la wilaya de Tizi-Ouzou, Amana assurance couvre certains risques liés à l'assurance santé de la région. Nous allons aborder principalement les deux types d'assurance santé, selon les conditions particulières et générale de la mutuelle.

##### **3.1.2. L'assurance santé collective**

L'assurance santé collective c'est un contrat conclu et signé entre une compagnie ou une mutuelle d'assurance santé et un employeur. Cette démarche a pour but la mise en place de garanties santé complémentaire bénéfiques à l'ensemble des salariés d'une entreprise. Et qui est représenté par un individu appelé le correspondant. Au niveau d'Amana y'a trois mode de correspondant :

- Le mode classique c'est un mode ou le correspondant vient physiquement déposer tous les dossiers des adhérents d'une entreprise.
- Le mode par mail c'est un mode à laquelle l'adhérent lui-même envoie ses doléances par mail.

- La déclaration en ligne c'est mode ou l'adhérent lui-même fait la déclaration sur la plate-forme de la compagnie d'assurance avec son code.

### **3.1.2.1. Les différents types de convention de l'assurance santé collective**

Assurance santé de Amana assurance a un seul type de convention qui est celui de la carte. La convention de la carte c'est -à-dire la carte peut être manipulé ou ajusté selon la demande du client.

### **3.1.2.2. Les risques exclus de l'assurance santé collective**

L'assurance santé collective, elle ne couvre pas les risques certains. Les risques certaines sont les risques qui sont susceptible de se produire à tous moments ou qui sont permanent tel que les diabète, l'hypertension, une femme enceinte, à la souscription du contrat. L'assurance va garder le caractère aléatoire. Et aussi les risques suivants sont exclus :

- Les accidents résultants de paris, de guerre étrangère, guerre civile, émeutes ou mouvement populaire, attentat, rixe (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).
- Les accidents occasionnés directement ou indirectement par la désintégration du noyau atomique.
- Les maladies résultant d'alcoolisme, de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, d'une tentative de suicide du fait intentionnel de l'assuré.
- Toute maladie ou infection déclarée ou non, avant l'admission dans l'assurance pouvant être considérée comme rechute ou une aggravation d'un état préexistant à moins que l'assuré n'en apporte la preuve contraire.
- Les soins donnés ou prescrits par un médecin non diplômé.
- Les soins non causés directement par une maladie ou un accident tels que Cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, traitements esthétiques etc.

**3.1.2.3. La constitution de dossier de l'assurance santé collective**

Il doit contenir les pièces suivantes :

- La liste globale ;
- Les bulletins d'adhésion ;
- Les pièces d'identité ;
- Les pièces d'identité bancaire ;

**3.1.2.4. Limitation de l'assurance santé**

Pour ce qui est des limites de l'assurance santé collective et individuelle, elles sont définies dans les conditions particulières du contrat, elles varient d'un contrat à un autre. Pour ce qui ne sont pas définis dans les conditions particulières, ils le sont dans ce qu'on appelle les conditions générales comme les :

- Les guerres ;
- Les pandémies
- Les actes terroristes ;

*Tableau n° 3 : les nombres des adhérents à la santé collective*

Wilayas	Entreprises	%	Adhérents	%
Les autres willayas	2722	76,46	1674364	83,72
Willaya de Tizi-Ouzou	838	23,54	325636	16,28
Total	3560	100	2000000	100

*Source : Elaboré par nous-mêmes.*

### **3.1.3. L'assurance santé individuelle**

Elle désigne les contrats d'assurance souscrits individuellement et dont le but est de garantir le remboursement de l'ensemble des dépenses santé en complément du régime social de base, à savoir les frais hospitaliers, médicaux, les soins dentaires, les dépenses d'optique. Il est possible de souscrire à des garanties complémentaires optionnelles qui préservent le maintien des revenus en cas d'arrêt de travail, décès ou invalidité.

#### **3.1.3.1. Le contrat d'assurance**

Le contrat contient :

- Les Conditions Générales qui sont les textes qui définissent les garanties, leurs limites, leurs exclusions et les engagements réciproques des parties, en tenant compte des dispositions légales et réglementaires en vigueur.
- Les conditions particulières précisent notamment :
  - Nom et adresse de la personne morale ou physique qui souscrit ;
  - Effet, durée et conditions de renouvellement du contrat ;
  - Garanties souscrites, les capitaux garantis et les primes d'assurances ;
  - Noms, âges et conditions de santé des adhérents (personnes assurées) ;
  - Eventuellement, autres annexes ;

Il repose sur les déclarations de la contractante et celles des adhérents. Il n'a d'effet qu'après sa signature par les parties contractantes et le paiement de la première prime, sauf convention contraire stipulée dans les conditions particulières.

D'après les conditions générales d'assurance, c'est l'ensemble des documents qui manifestent l'accord entre l'assuré, souscripteur du contrat et l'assureur.

**L'assuré** : C'est le souscripteur identifié aux conditions particulières qui signe le contrat et s'engage à payer les cotisations ou toutes personnes qui viendraient à lui être substituée.

**L'assureur** : C'est une société qui moyennant paiement par l'assuré d'une prime ou d'une cotisation s'engage à verser pour lui ou pour un tiers une indemnité prévue dans les assurances de dommages.

### **3.1.3.2. Les types de contrat d'assurance santé d'AMANA**

Amana offre trois types des contrat ou barème de couverture santé qui sont :

- Offre basique : c'est le premier contrat qui offre de service de 20% de tarif de référence et 20% de frais réels.
- Offre medium : c'est un contrat moyen, et qui offre de service de 20% de tarif de référence et 40% des frais réels.
- Offre premium : c'est le contrat le plus élevé d'Amana et qui offre de service de 20% de tarif de référence et 60% de frais réels.

Ces différents contrats sont valables pour l'assurance santé individuelle et collective.

### **3.1.3.2. Les risque exclus de l'assurance santé individuelle**

Les Exclusions communes à toutes les garanties complémentaires ci-prévues sont exclus :

- Les accidents survenus antérieurement à la souscription du contrat,
- Les accidents causes ou provoques intentionnellement par l'adhérent ou résultant de son ivresse, de son suicide ou de sa tentative de suicide,
- Les accidents de navigation aérienne autres que ceux résultant de vols effectués par l'adhérent en qualité de simple passager sur ligne commerciale régulière et transport en commun,
- Les accidents résultant de la participation de l'adhérent à des expéditions spéléologiques ou à des ascensions, sans guide autorise, de glaciers ou de hauts sommets, en tant que concurrent, a des compétitions de boxe, de jiu-jitsu, judo, pancrace ou autres sports de défense, en tant que concurrent ou entraîneur, a des compétitions sportives ou à leurs essais préparatoires comportant l'utilisation de véhicules quelconques à moteur,

- Les accidents occasionnés par un cyclone, un tremblement de terre, une éruption volcanique, une inondation, un raz-de-marée ou autres cataclysmes,
- Les accidents consécutifs ont des faits de guerre étrangère ou civile ou à la participation active de l'adhérent à des grèves, émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel) ou crimes,
- Les accidents dus à la détention illicite et la manipulation volontaire d'engins ou d'armes de guerre par l'adhérent,
- Les accidents résultant de l'explosion d'un engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome,
- Les accidents dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs, et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol 24 heures après l'émission dépasse un roentgen par heure,
- Tous autres accidents dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle.

### **3.1.3.3. La constitution de dossier de l'assurance santé individuelle**

Il doit comprendre les pièces suivantes selon les dossiers observés :

- Un bulletin d'adhésion ;
- Une pièce d'identité ;
- Une pièce d'identité bancaire ;

Le tableau suivant illustre les nombres des adhérents de la santé individuelle de l'année 2021.

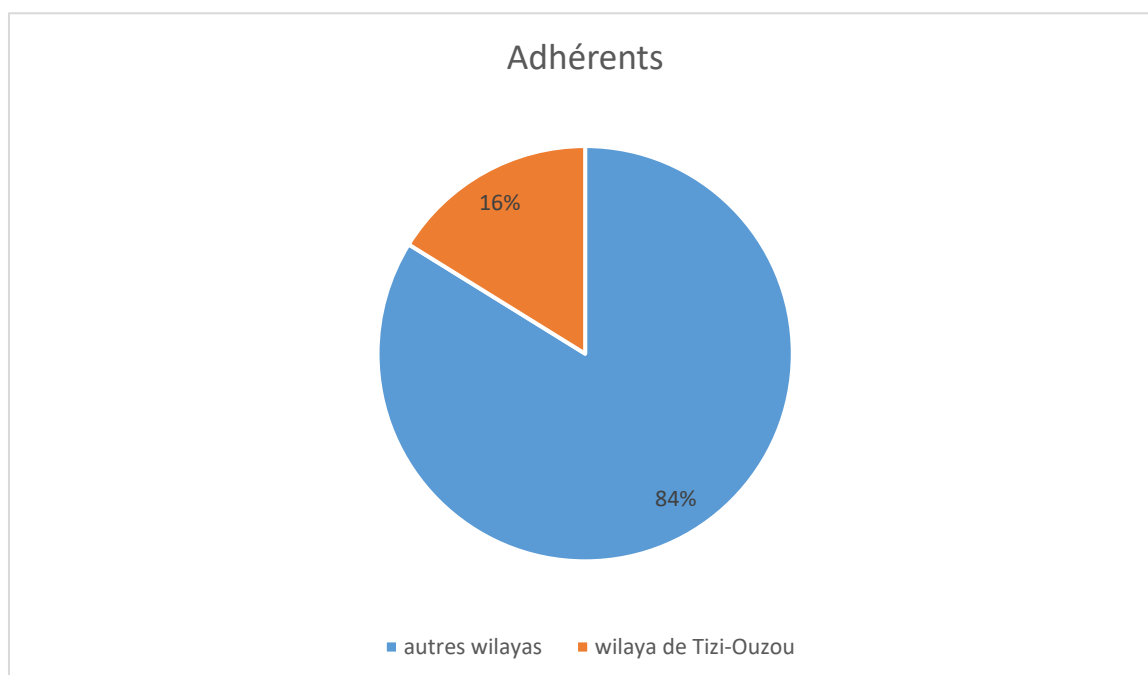
Tableau n° 4 : Nombre d'adhérents

Wilayas adhérents	Adhérents	%
Autres wilayas	114	83,82%
Wilaya de Tizi-Ouzou	22	16,18%
Total	136	100%

Source : Elaboré par nous-mêmes.

Le tableau ci-dessus nous montre les nombres des adhérents au santé individuelle au niveau de AMANA Assurance sur le territoire national et aussi de la wilaya de Tizi-Ouzou. La wilaya de Tizi-Ouzou avec 16,18%, et les autres wilayas avec 83,82%. Mais il faut savoir que ce produit est nouveau, il a été lancé en 2021.

Figure n°6 : les principaux adhérents



Source : Elaboré par nous-mêmes.

## **3.2. Le fonctionnement**

Nous allons voir ici comment ça fonctionne le délai de déclaration et le remboursement de l'assurance santé au sein de Amana assurance.

### **3.2.1. Délai de déclaration**

Pour ce qui est de délai de déclaration, ils sont de trois mois en général, mais il peut y avoir des exceptions en augmentant ou en diminuant, mais ceci selon les négociations entre les organismes.

### **3.2.2. Le remboursement**

Le barème des remboursements des frais médicaux et soins annexes de l'assurance santé. Il est précisé que le total des remboursements ne peut dépasser le montant des frais réels engagés par l'assuré (voir l'annexe n°2).

- ✓ Les frais médicaux et pharmaceutique sont couverts uniquement sur le territoire algérien.
- ✓ La demande de remboursement doit se faire dans un délai maximum de trois (03) mois à compter de la date de soins.

Tableau n° 5 : les remboursements par type des contrats

Nature des frais garantis Sur présentation des pièces justificatives et prescription médicale		Les limites de garanties		
		Offres basique	Offre medium	Offre premium
		150000DA/assuré / an	200000DA/ assuré/ an	300000DA/an
Pharmacie	Vignettes vertes, Vignettes rouges	20% du tarif de référence 20% de frais réels	20% du tarif de référence 40% des frais réels	20% du tarif de référence 60% des frais réels
Soins médicaux	Consultation généraliste, consultation spécialiste	600 DA / acte, 800 DA / acte	700DA/acte, 1000 DA/acte	800DA/acte, 1200DA/ acte
Maternité (un délai de carence de 9 mois minimum est appliqué)	Consultation pré et post-natales, échographie de grossesse, accouchement normal	800 DA / acte, 1200 DA/ acte, 15000 DA/ assuré / an, 25000 DA / assuré / an	1000DA/acte, 1400DA / acte, 25000DA / assuré / an, 35000DA / assuré / an	1200DA/acte, 1600DA/acte, 35000DA / assuré/an, 45000DA / assuré / an
Actes médicaux de pratique courante	Petite chirurgie, actes pratiqués par des infirmier diplômé -AMI-, actes pratiqués par un kinésithérapeute sur ordre du médecin -AMM-	3000 DA / assuré /an, 600DA/ acte, 3000DA / assuré / an	4000DA/assuré/an, 650DA/acte, 4000DA / assuré / an	5000DA/assuré/an, 700DA / acte, 5000DA / assuré/an
Actes de spécialités	Radiographie (scanner et IRM INCLUS), échographie (examen vasculaire inclus), traitements spéciaux, analyses.	10000 DA/ assuré /an, 5000DA /assuré/an, 5000DA/assuré/an, 10000DA /assuré/ an	12000DA/assuré/an, 7500DA / assuré / an, 6500DA /assuré/ an, 12000DA / assuré / an	15000DA/assuré/an, 10000DA / assuré / an, 8000DA / assuré / an, 15000DA/assuré/an
Dentaires	Soins (hors esthétique), radio, chirurgie dentaire, orthodontie, prothèse.	8000DA/assuré/an, 5000DA/ assuré/an, 8000DA/assuré/an, 10000DA / assuré / an, 6000DA / assuré / an	10000DA/assuré/an, 6500DA / assuré / an, 10000DA / assuré / an, 8000DA / assuré / an, 8000DA / assuré / an	12000DA/assuré/an, 8000DA/ assuré/an, 12000DA / assuré / an, 10000DA / assuré / an, 10000DA / assuré / an
Lunetterie	Verres optiques, ordinaires, spéciaux, lentilles optiques + montures	6000 DA / assuré / an	8000 DA / assuré / an	10000 DA / assuré / an
Honoraires chirurgicaux et frais accessoires à une opération -k- (hors maternité)		20000 DA / assuré / an	30000 DA / assuré / an	40000 DA/ assuré / an
Frais de séjour en clinique		10000 DA / assuré / an	15000 DA / assuré / an	20000 DA / assuré / an
Transport sanitaire en Algérie : sur justificatifs		5000 DA / assuré / an	7500 DA / assuré / an	10000 DA / assuré / an
Prothèses auditives et orthopédiques		10000 DA / assuré / an	12000 DA / assuré / an	15000 DA / assuré / an
Cure thermale, sanatorium, préventorium		1500 par nuit, avec un maximum de 15 jours par an	1500 par nuit, avec un maximum de 15 jours par an	1500 par nuit, avec un maximum de 15 jours par an

### 3.3. Les apports

Un cas chiffré d'un contrat d'assurance santé collective :

Client : ENIEM Période : 01/01/2020- 31/12/2020

Rubrique Libellé	Acte Libellé	Barème	Montant remboursé
Acte spécialises	Traitement spéciaux	8000 DA / bénéf / an	239210,00
<b>Acte spécialises total</b>			239210,00
Analyses biologiques de laboratoire	Analyse médicale	8000DA/bénéf/3fois/an	701759,88
<b>Analyses biologiques de laboratoire total</b>			701759,88
Auxiliaires médicaux	Acte infirmier	600 DA / acte	1216,80
Auxiliaires médicaux	Petite chirurgie	3000DA/bénéf/3fois/an	30176,00
<b>Auxiliaires médicaux total</b>			31392,80
Dentaires	Chirurgie dentaire	5000DA / bénéf /an	5000,00
Dentaires	Radio dentaire	5000DA/bénéf/3fois/an	1500,00
Dentaires	Soins dentaires	5000DA/bénéf/3fois/an	100800,00
<b>Dentaires total</b>			107300,00
Frais de séjour	Frais de séjour clinique	20000DA/adhérent/an	78550,00
<b>Frais de séjour</b>			78550,00
Honoraires médicaux	Consul général jour	300 DA / acte	5890,00
Honoraires médicaux	Consul spécialiste jour	600 DA / acte	218280,00
<b>Honoraires médicaux total</b>			224170,00
Hospitalisation	Acte de chirurgie et spécialité	75000 DA / bénéf / an	971690,00
<b>Hospitalisation total</b>			971690,00

Maternité	Accouchement avec complication.	75000DA / bénéf / an	75000,00
Maternité	Echo pendant grossesse	5000 DA / acte	1500,00
<b>Maternité total</b>			76500,00
Optique	Lentille de contact	3000 DA / an	3408,00
Optique	Monture adulte	Frais réels	176944,00
Optique	Monture enfants	1000 DA / an	11528,00
Optique	Verres adulte	4000 DA / an	124900,00
<b>Optique totale</b>			316780,00
Pharmacie	Pharmacie rembourse / CNAS	20 %	162529,37
<b>Pharmacie total</b>			162529,37
Prothèses Audio et Ortho	Prothèse auditive	5000DA/adhérent/ an	38444,94
<b>Prothèses Audio et Ortho total</b>			38444,94
Prothèses dentaires	Prothèse dentaire D	1000DA/adhérent/an	110128,00
<b>Prothèses dentaires total</b>			110128,00
Radio	Radiologie	10000DA/bén/3fois/an	357200,00
<b>Radio total</b>			357200,00
<b>Total général</b>			3415654,99

Source : élaboré par nous-même.

***Conclusion du chapitre***

De ce qui précède, nous pouvons dire que la mutualisation de l'assurance santé au sein de AMANA Assurance répond aux besoins des patients du présent sans compromettre la capacité de la sécurité sociale (Etat) de répondre à leurs besoins. Il met l'accent particulièrement sur les dépenses de santé dans le milieu patient- hôpital. Amana apporte un soutien sans faille à ces adhérents. Il intervient directement dans la prise en charge d'un adhérent, ou indirectement par le biais des accords signés avec les différents partenaires.

# *Conclusion Générale*

Dans le domaine de la santé, la mutualisation de l'assurance maladie constitue un instrument efficace pour mobiliser des ressources et réduire le poids financier de la couverture maladie. Elle est conçue de diverses manières avec des méthodes différentes pour l'organisation et la fourniture des soins de santé. De plus, elle est un moyen très efficace de payer des soins de santé et d'en assurer l'accès ; et ce grâce au mécanisme de partage du risque d'encourir des frais médicaux.

La mutualisation de l'assurance maladie suscite un réel intérêt particulier du fait qu'elle est au centre des soucis d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins et du financement, mais aussi un facteur majeur de la cohésion sociale de deux entités qui ont le même objectif, et aussi est l'une des méthodes principales et efficaces de financement de la santé. Plusieurs pays à faible ou moyen revenu sont intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie existante à des groupes spécifiques (les populations défavorisées) pour couvrir éventuellement la totalité de la population.

En Algérie, en s'inscrivant dans la logique bismarckienne de l'assurance et en se basant sur le caractère obligatoire et solidaire, le système d'assurance maladie est conçu dans le but d'assurer la couverture d'assurance maladie à toute la population et d'offrir des prestations variées et de qualité avec une égalité d'accès pour tous sans discrimination sociale.

Ainsi, les organismes de ce système que sont la sécurité sociale et mutuelle couvrent la quasi-totalité de dépenses de la santé, et offrent des prestations en nature et en espèces.

Le choix de la mutuelle d'assurance santé semble la solution la plus adéquate en Algérie. En effet, d'après l'analyse de son système d'assurance maladie, la possibilité d'accès financier est nettement bonifiée par les cotisations payées au préalable. Il s'agit donc d'un choix judicieux pour un Etat comme l'Algérie qui prône l'équité sociale.

Au terme de cette étude, il serait nécessaire de rappeler les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus.

- Les sources de financement de mutuelle d'assurance santé proviennent uniquement des cotisations de ces adhérents.
- Le remboursement des médicaments et des soins occupe le premier poste dans les dépenses de mutuelle d'assurance santé.
- Dans le cadre d'amélioration de la qualité des prestations servies et la réduction des inégalités entre les couches sociales, la mutuelle d'assurance santé a mis en place le système de tiers payant médicament et soins avec le dispositif du conventionnement avec les établissements de soins.
- Pour faire face au problème de fonctionnement du système de tier payant à signaler les contraintes financières induites par la délivrance gratuite des médicaments et les retards dans les paiements par la sécurité sociale et la disparition des dossiers, la mutuelle d'assurance santé a mis en place le système de la carte.
- Parmi les objectifs assignés au conventionnement des établissements de santé on cite une meilleure organisation du recours au système d'offres de soins, une amélioration du suivi médical ainsi que le développement d'un partenariat médecins et la mutuelle pour la promotion de la qualité des soins et de la prévention de la rationalisation des dépenses de santé.
- La contractualisation en Algérie a mis en relation uniquement deux acteurs du système de santé à savoir : les prestataires de santé représentés par l'établissement de la santé et les bailleurs de fonds chapotés par la mutuelle d'assurance santé. L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations servies aux assurés sociaux. Par ailleurs, elle vise à une meilleure maîtrise des dépenses de santé de la mutuelle et de chercher l'efficacité allocative des ressources.

Pour renforcer les pistes d'amélioration, nous proposons quelques recommandations que nous jugeons nécessaires comme :

- La collaboration et le renforcement du partenariat entre les organismes de la sécurité sociale et les compagnies de mutuelle de l'assurance santé.

- La coopération et la collaboration entre le service de santé public et les mutuelles.

Pour finir, il convient de signaler que ce travail n'est qu'un préliminaire pour une telle thématique de recherche. Cela ouvre d'autres pistes de recherche comme l'assurance de prévoyance qui pourrait être traitée par d'autres étudiants.

# ***Bibliographie***

## Ouvrages

1. Abdelkadir REMAL : histoire de sécurité sociale en Algérie. 2014.
2. André Martin : techniques d'assurances en 34 fiches, éd, Dunod, France, 2010.
3. ANNE-Laurence LE FAOU : l'économie de la santé en question. Ed, Aubin imprimeur. Paris, 2000.
4. Ariel Beresniak. G. Duru : économie de la santé, éd. Elsevier MASSON ; paris ; 2007.
5. Cheik Bouaziz : l'histoire de l'assurance en Algérie, 2013.
6. Claude-J. Berr Hubert Groutel : Droit des assurances ; éd, Dalloz, 8<sup>ème</sup> édition ; paris, 1998.
7. Daniel Zajdenweber : économie et gestion de l'assurance ; éd, Economica, paris, 2006.
8. Didier Brémard : Technique de l'assurance, éd. Foucher, France, 2015.
9. Dupeyroux J.J et Prétot X : sécurité sociale, éd. Sirey, 10<sup>ème</sup> édition, paris, 2000.
10. François Couilbault, Stephanie Couilbault-Di Tommaso, Virginie Huberty : les grands principes de l'assurance, éd. L'argus, France, 2017.
11. Jacques doublet : sécurité sociale, éd. PUF, 1957.
12. Jean bigot : traité de droit des assurances 1, 2<sup>ème</sup> éd, delta, paris, 2000.
13. Jean Bigot : traité de droit des assurances 2 ; tome 2, éd, delta, paris, 2000.
14. Jean-Marie, Rousseau. T. Blayac : introduction à la théorie de l'assurance, éd, Dunod, paris, 2001.
15. Julien Molard : les assurances de dommages, éd, Séfi, paris, 2010.
16. Lamri Larbi : système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd, OPU, Algérie, 2004.
17. Messaoud Boualem Tafiani : les assurances en Algérie : étude pour une meilleur contribution à la stratégie de développement ; OPU ; Alger.

18. Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau : les assurances maladie, éd. Presse universitaire de France, 2012.
19. Pierre-Louis bras, Gérard de pouvoir ville et Didier Tabuteau : traité d'économie et de gestion de la santé, éd. Presses de la fondation nationale des sciences politique, France, 2009.
20. Dr. Rachid T. : guide de la sécurité sociale, à l'usage des : Assurés sociaux et ayants-droits professions libérales Agences de sécurité sociale, éd, Dahlab, Algérie.
21. Zahir Battache : le grand manuel du droit de la sécurité sociale, éd, Berti, Algérie, 2019.

### **Thèses doctorales**

1. Mr SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : Eléments pour une évaluation de la qualité des soins », thèse de doctorat en science économique, UMMTO, 2009.

### **Mémoires de Masters**

1. IDDIR Noussia : la stratégie de fidélisation dans le marketing des services. Cas : AMANA ; UMMTO, 2016.
2. MAHAMAT I. Ahamat et NOUSSOURA A. Adoum : la protection sociale en Algérie : dispositifs mis en place pour lutter contre les risques sociaux, UMMTO ; 2016.
3. NAIT SAADA souaad : le financement de l'assurance maladie en Algérie et perspective de réformes : référence à des expérience étrangers, mémoire de magister, Economie de la santé et développement durable, Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2013.

## Articles de périodiques

1. Carrin, G. : L'assurance social maladie dans les pays en développement : défi permanent. Revue internationale de sécurité sociale,02/2002. p. 55.
2. Lorenzi, J.H. L'importance économique de l'assurance. Presses de sciences Po « tribune de la santé », 2011. p. 31-37.
3. Revue de L'ASSURANCE N°5 - Avril 2014.
4. Revue de L'ASSURANCE N°12 - Mars 2016.

## Lois et règlements

1. Décret exécutif n° 04-101 du 11 safar 1425 correspondant au 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.
2. Décret exécutif n° 19-253 du 16 Moharram 1441 correspondant au 16 septembre 2019 fixant les conditions de création, l'organisation, le fonctionnement et le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.
3. Décret exécutif n° 14-367 du 22 Safar 1436 correspondant au 15 décembre 2014 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les Etablissements hospitaliers privés autorisés à assurer des activités médico-chirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires.
4. La loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin » renforçant les garanties offertes aux personnes assurés contre certains risques.
5. LOI n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi (1).
6. Loi n°83-11 du 2juillet 1983 relative aux assurances sociales, p, 1199.
7. Loi n° 15-02 du 13 Rabie El Aouel 1436 correspondant au 4 janvier 2015 relative aux mutuelles sociales.

## Pages web

1. CNAS : « l'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes de soins de santé ».
2. <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/securite-sociale>
3. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale>
4. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique>
5. <https://www.cairn.info/revue-economique>
6. <https://www.ag2ramondiale.fr/sante-prevoyance/mutuelle-sante/conseil-quelle-est-la-difference-entre-mutuelle-et-assurance>
7. <https://www.acorismutuelles.fr/faq/sante-pratique/quelle-difference-entre-une-mutuelle-et-une-compagnie-dassurance>
8. <https://www.ffa-assurance.fr/infos-assures/les-prestations-de-assurance-complementaire-sante#Le%20remboursement%20des%20frais%20de%20soins>
9. [www.cleiss.fr](http://www.cleiss.fr)
10. [www.mtess.gov.dz](http://www.mtess.gov.dz)
11. <https://cnas.dz/fr/presentation-de-la-cnas/>
12. <https://casnos.com.dz/missions/>
13. <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/soins-sante-organes.aspx#>
14. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2009-3-page-47.htm?contenu=article>
15. <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-7-page-114.htm>
16. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-239.htm>

### **Autres rapports et études d'institutions**

1. OIT : recommandation sur l'assurance maladie, Genève, 10<sup>ème</sup> session CIT, 15 juin 1927.
2. Rapport Oit : la sécurité sociale pour tous : un pari mondial, 2003.

# *Annexes*

Annexe 1 :



Annexe 2 :

\* Contrat au Barème de Couverture qui suit

➤ EN SANTE :

BAREME DES REMBOURSEMENTS DES FRAIS MÉDICAUX PHARMACEUTIQUES ET SOINS ANNEXES				
NATURE DES FRAIS GARANTIS Sur présentation des pièces justificatives et prescription médicale		LES LIMITES DE GARANTIES		
		Offre Basique	Offre Medium	Offre Premium
PHARMACIE	Vignettes vertes	20% du Tarif de référence	20% du Tarif de référence	20% du Tarif de référence
	Vignettes rouges	20% des frais réels	40% des frais réels	60% des frais réels
SOINS MÉDICAUX	Consultation Généraliste	600 DA /acte	700 DA /acte	800 DA /acte
	Consultation Spécialiste	800 DA /acte	1.000 DA /acte	1.200 DA /acte
MATERNITÉ (un délai de carence de 9 mois minimum est appliqué)	Consultations pré et post-natales	800 DA /acte	1.000 DA /acte	1.200 DA /acte
	Échographie de grossesse	1.200 DA /acte	1.400 DA /acte	1.600 DA /acte
	Accouchement normal (frais de séjour en clinique inclus) Accouchement avec césarienne (frais de séjour en clinique inclus)	15.000 DA /assuré/an 25.000 DA /assuré/an	25.000 DA /assuré/an 35.000 DA /assuré/an	35.000 DA /assuré/an 45.000 DA /assuré/an
ACTES MÉDICAUX DE PRATIQUE COURANTE	Petite chirurgie	3.000 DA /assuré/an	4.000 DA /assuré/an	5.000 DA /assuré/an
	Actes pratiqués par des infirmier(e)s diplômé(e)s -AMI- Actes pratiqués par un Kinésithérapeute sur ordre du médecin -AMM-	600 DA /acte 3.000 DA /assuré/an	650 DA /acte 4.000 DA /assuré/an	700 DA /acte 5.000 DA /assuré/an
ACTES DE SPÉCIALISTES	Radiographie (Scanner et IRM inclus)	10.000 DA /assuré/an	12.000 DA /assuré/an	15.000 DA /assuré/an
	Échographie (examen vasculaire inclus)	5.000 DA /assuré/an	7.500 DA /assuré/an	10.000 DA /assuré/an
	Traitement Spéciaux	5.000 DA /assuré/an	6.500 DA /assuré/an	8.000 DA /assuré/an
	Analyses	10.000 DA /assuré/an	12.000 DA /assuré/an	15.000 DA /assuré/an
DENTAIRES	Soins (hors esthétique)	8.000 DA /assuré/an	10.000 DA /assuré/an	12.000 DA /assuré/an
	Radio	5.000 DA /assuré/an	6.500 DA /assuré/an	8.000 DA /assuré/an
	Chirurgie dentaire	8.000 DA /assuré/an	10.000 DA /assuré/an	12.000 DA /assuré/an
	Orthodontie (Accessible à partir du premier renouvellement) Prothèse (Accessible à partir du premier renouvellement)	6.000 DA /assuré/an 6.000 DA /assuré/an	8.000 DA /assuré/an 8.000 DA /assuré/an	10.000 DA /assuré/an 10.000 DA /assuré/an
LUNETTERIE sur présentation des pièces justificatives (Accessible à partir du premier renouvellement)	Verres optiques Ordinaires	6.000 DA /assuré/an	8.000 DA /assuré/an	10.000 DA /assuré/an
	Spéciaux Lentilles optiques + Montures			
HONORAIRES CHIRURGICAUX ET FRAIS ACCESSOIRES À UNE OPÉRATION -K- (HORS MATERNITÉ) sur présentation de la facture (un délai de carence de 3 mois est appliqué)		20.000 DA /assuré/an	30.000 DA /assuré/an	40.000 DA /assuré/an
FRAIS DE SÉJOUR EN CLINIQUE (sans chirurgie et hors maternité). (un délai de carence de 3 mois est appliqué)		10.000 DA / assuré /an	15.000 DA / assuré /an	20.000 DA / assuré /an
TRANSPORT SANITAIRE En Algérie : sur justificatifs		5.000 DA /assuré/an	7.500 DA /assuré/an	10.000 DA /assuré/an
PROTHÈSES AUDITIVES ET ORTHOPÉDIQUES :		10.000 DA /assuré/an	12.000 DA /assuré/an	15.000 DA /assuré/an
CURE THERMALE, SANATORIUM, PREVENTORIUM.		1.500 par nuit, avec un maximum de 15 jours par an	1.500 par nuit, avec un maximum de 15 jours par an	1.500 par nuit, avec un maximum de 15 jours par an

Il est précisé que le total des remboursements ne peut dépasser le montant des frais réels engagés par l'assuré.

- Les Frais Médicaux et Pharmaceutiques sont couverts uniquement sur le territoire algérien.
- La demande de remboursement doit se faire dans un délai maximum de trois (03) mois à compter de la date de soin.



# *Table des matières*

## Table de matière :

Remerciements .....	I
Listes des Abréviations .....	V
Liste Des tableaux .....	VII
Liste des figures .....	VIII
Sommaire : .....	IX
Introduction Générale.....	10
Chapitre I : Généralités sur l'assurance maladie .....	6
Introduction .....	7
Section 1 : la protection sociale et la sécurité sociale .....	7
1.1. Les différents modèles de protection sociale.....	7
1.2. Les formes de protection sociale concurrentes à travers le monde .....	8
1.2.1. Les systèmes Bismarckien .....	8
1.2.2. Les systèmes Beveridgien .....	9
1.2.3. Les systèmes libéraux de santé.....	10
1.3. La sécurité sociale .....	11
1.3.1. Bref historique de la sécurité sociale.....	12
1.3.2. Origine de la notion de sécurité sociale .....	13
1.3.3. Définition de la sécurité sociale .....	13
1.4. Les différentes branches de la sécurité sociale .....	14
Section 2 : l'assurance maladie .....	16
2.1. L'historique de l'assurance maladie .....	16
2.1.1. Concept théorique de l'assurance maladie.....	17
2.1.2. Définition de l'assurance maladie .....	17
2.2. Le principe de fonctionnement de l'assurance maladie .....	18
2.3. Les prestations de l'assurance maladie.....	19
2.3.1. Les prestations en espèces.....	19
2.3.2. Les prestations en nature .....	20
2.4. Identification des limites de l'assurance maladie .....	20

2.4.1.	L'aléa morale.....	20
2.4.2.	Sélection adverse.....	21
Section 3 : la mutualisation de l'assurance maladie .....		21
3.1.	Les notions générales de la mutualisation de l'assurance maladie.....	22
3.1.1.	Définition de mutualisation de l'assurance santé et de l'assurance maladie.....	22
3.1.1.1.	La mutuelle de l'assurance santé .....	22
3.1.1.2.	L'assurance maladie.....	23
3.1.2.	Les différents acteurs de mutuelle santé dans le monde .....	24
3.1.3.	Les différentes typologies de contrat de mutuelle d'assurance santé.....	24
3.2.	L'assurance de prévoyance.....	26
3.2.1.	L'organisation de la prévoyance .....	27
3.3.	Les sociétés d'assurance mutuelle et les sociétés mutuelle de l'assurance .....	27
3.3.1.	Définition de la SAM et SMA.....	27
3.4.	Les fonctionnements de mutuelle d'assurance santé .....	28
3.4.1.	Les prestations de mutuelle de l'assurance santé .....	29
3.4.2.	Le remboursement des soins de l'assurance santé .....	30
Conclusion du chapitre.....		30
Chapitre II : La mutualisation de la santé en Algérie.....		32
Introduction .....		33
Section 1 : fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie .....		33
1.1.	Le système de sécurité sociale en Algérie .....	33
1.1.1.	Historique de la sécurité sociale en Algérie .....	34
1.2.	L'assurance maladie en Algérie .....	35
1.2.1.	Statut juridique et tutelle des caisses de l'assurance maladie .....	36
1.2.1.1.	Statut juridique.....	36
1.2.1.2.	Tutelle .....	36
1.3.	Le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie.....	37
1.3.1.	Le CNAS .....	37
1.3.2.	La CASNOS .....	38
1.3.3.	Les bénéficiaires et conditions d'ouverture de droit .....	41
1.4.	Les prestations de l'assurance maladie.....	42
1.4.1.	Les prestations en nature .....	42
1.4.2.	Les prestations en espèce .....	43

Section 2 : les conventions de l'assurance maladie.....	44
2.1. Des conventions en général .....	44
2.1.1. Les objectifs du conventionnement.....	44
2.2. Organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé.....	45
2.3. Le conventionnement des centres d'accueil .....	46
2.4. Organisme de sécurité sociale et l'établissement hospitalier privé .....	47
Section 3 : les différentes mutuelles en Algérie .....	48
3.2. Les catégories de mutuelle en Algérie.....	48
3.1. Organisation de la mutualité.....	49
3.2.1. Les mutuelles de santé et de prévoyance.....	49
3.2.1.1. Les objectifs de mutuelle de santé .....	50
3.2.1.2. Les organes de la mutuelle santé .....	50
3.2.2. Les mutuelles de l'assurance santé.....	51
3.2.2.1. Les objectifs de mutuelle d'assurance santé .....	51
3.2.2.2. Les organes de la mutuelle d'assurance santé.....	52
Conclusion du chapitre.....	52
Chapitre III : Amana assurance de Tizi-Ouzou.....	53
Introduction .....	54
Section 1 : présentation de la société d'Assurance de prévoyance et de santé « Amana » .....	54
1.1. Présentations de la société d'assurance « Amana ».....	54
1.2. Présentation de l'organigramme du siège de régional de Tizi-Ouzou.....	55
1.3. Missions.....	56
1.4. Fonctionnement .....	56
Section 2 : la relation entre Amana Assurance, la sécurité sociale et les établissements de soins .....	58
2.1. La méthodologie de recherche.....	58
2.2. Amana assurance et la sécurité sociale en Algérie. ....	59
2.2.1. Les différentes contraintes .....	59
2.3. Amana assurance et les établissements de soins. ....	60
2.3.1. La convention inter partenariat assistance (IPA) .....	60
2.3.2. La convention directe entre Amana Assurance et les établissements de santé ..	61
Section 3 : la prise en charge des dépenses de santé des malades.....	62
3.1. Le cadre .....	62

3.1.1.	Les typologies des assurances.....	62
3.1.2.	L'assurance santé collective.....	62
3.1.2.1.	Les différents types de convention de l'assurance santé collective.....	63
3.1.2.2.	Les risques exclus de l'assurance santé collective.....	63
3.1.2.3.	La constitution de dossier de l'assurance santé collective.....	64
3.1.2.4.	Limitation de l'assurance santé.....	64
3.1.3.	L'assurance santé individuelle.....	65
3.1.3.1.	Le contrat d'assurance.....	65
3.1.3.2.	Les types de contrat d'assurance santé d' AMANA.....	66
3.1.3.2.	Les risque exclus de l'assurance santé individuelle.....	66
3.1.3.3.	La constitution de dossier de l'assurance santé individuelle.....	67
3.2.	Le fonctionnement.....	69
3.2.1.	Délai de déclaration.....	69
3.2.2.	Le remboursement.....	69
3.3.	Les apports.....	71
	Conclusion du chapitre.....	73
	Conclusion Générale.....	74
	Bibliographie.....	78
	Annexes.....	84
	Table des matières.....	88