



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE MOULOU MAMMARI DE TIZI-OUZOU

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET SCIENCES DE
GESTION

DEPARTEMENTS DES SCIENCES FINANCIERES ET COMPTABILITE

Mémoire de fin d'étude

*EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN FINANCE ET
ASSURANCE*

Thème

*Tarifification d'un produit d'assurance santé : cas de la
compagnie AXA assurance Tizi Ouzou, Algérie.*

Présenté par :

- *SAHI Ali*
- *KACI Mohand*

Encadré par :

M^r : CHENANE Arezki

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

- ❖ *Présidente : AMENACHE Sabrina, MCA, UMMTO.*
- ❖ *Examinatrice : MEKACHER Amel, MCB, UMMTO.*
- ❖ *Rapporteur : CHENANE Arezki, MCA, UMMTO.*

Promotion : 2019/2020



Remerciement

A l'issue du cycle de notre formation nous tenons d'abord à remercier Dieu qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce travail.

Nos remerciements les plus sincères vont à notre encadreur monsieur « CHENANE Arezki » pour ces conseils précieux, son suivi durant tout notre travail.

Nous tenons également à remercier notre tuteur de stage Monsieur « ZAROUKI Abdelouahed » pour l'assistance qu'il nous a apportée tout au long de notre stage pratique au niveau de l'établissement AXA Assurance.

Toutes nos gratitudes sont exprimées aux membres du jury, pour l'honneur et le plaisir qu'ils nous ont accordés en acceptant de lire et de juger ce travail.

Nous tenons à exprimer nos reconnaissances à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.

Enfin, on remercie tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.



Dédicace

*Nous dédions ce travail de fin d'étude à nos chers
parents avec tous nos sentiments de respect,
d'amour, de gratitude et de reconnaissance, pour
tous les sacrifices déployés pour nous élever
dignement et assuré notre éducation dans les
meilleures conditions..*

A nos chers frères et chères sœurs.

A nos amis (es).

A tous ceux qui nous sont chers.

Mohand et Ali.



*Liste des
abréviations*

Liste des abréviations

GAV : Garanties des Accidents de la

Vie **IARD** : Incendie, Accidents,

Risques Divers **AP** : Assurance de

Personnes

IP : Institution de

Prévoyance **CPN** :

Consultation Prénatal

C.U.M : Coût Unitaire Moyen

Médicaments VV : Médicaments avec Vignettes

Vertes **Médicaments VR** : Médicaments avec

Vignettes Rouges

Q.M : Quantité Moyenne prise en charge

CNA : Caisse Nationale des Assurances



Sommaire

Sommaire

Introduction générale.....	01
Chapitre I : Aspects théoriques et pratiques sur l'assurance santé	
Introduction.	05
Section 1 : Introduction générale à l'assurance	06
Section02 : Le fonctionnement de l'assurance santé	21
Conclusion	27
Chapitre II : Tarification des contrats d'assurance santé	
Introduction.	29
Section 01 : Le principe de la tarification d'un produit d'assurance santé.....	30
Section 02 : Le marché algérien de l'assurance de personnes	43
Conclusion	51
Chapitre III : La tarification et les déterminants de la prime d'une complémentaire santé au sein de la compagnie AXA.	
Introduction.	53
Section 01 : La santé collective au sein d'Axa Algérie.....	54
Section 02 : Spécificités de détermination de la prime de tarification sur l'assurance santé au sein de la compagnie AXA	59
Conclusion	69
Conclusion générale	70



*Introduction
générale*

Introduction

Depuis quelques décennies, le marché des assurances connaît des expansions et des changements de plus en plus importants. Au niveau mondial, la concurrence est tellement élevée que les compagnies d'assurance se voient contraintes de diversifier leurs produits. Si la mutualisation a vu le jour il y'a maintenant quatre siècles, sous l'influence du développement du commerce maritime mondiale, la démocratisation des produits d'assurances des personnes s'est accentué ces dernières décennies avec un développement de plus en plus important. Ainsi, les contrats d'assurance de personnes se sont peu à peu généralisés avec une panoplie d'offres qui vont de l'assurance maladie à l'assurance décès.

En Algérie, cette branche des assurances est loin d'être mature avec seulement huit compagnies d'assurances habilités à faire ce genre de présentation¹. Parmi ces compagnies, nous pouvons citer AXA Assurance. Cette multinationale française a dans son portefeuille d'activité une branche spécialisé dans l'assurance des personnes sous l'appellation de AXA SAHTI conformément à la loi N° 06-04 du 20 février 2006 qui stipule en outre que les activités d'assurance dommages doivent être séparés des activités d'assurance liées directement aux personnes physiques.¹

Face à une activité primitive et à une faible concurrence sur le territoire national, nous sommes interrogées sur la tarification des produits d'assurance santé et sur les éléments qui la constituent.

Le contexte de ce travail a donc pour objet de répondre à la problématique axiale suivante :

¹ Compagnies d'assurance des personnes sur www.uar.dz consulté le 04/03/2021 à 18h45

« Quels sont les déterminants de la tarification d'un produit d'assurance santé au sein de la compagnie AXA Assurance ? »

A travers ce mémoire, nous allons essayer d'apporter des éléments de réponse à notre problématique par l'établissement d'un cadre méthodologique adéquat : D'abord une recherche bibliographique et documentaire touchant aux différents aspects de l'assurance santé, la tarification en assurance non vie, et les modèles linéaires généralisés. Puis nous avons collecté, les données nécessaires à la modélisation de la fréquence des sinistres à l'aide principalement du logiciel R.

Pour répondre efficacement à notre problématique, nous proposons un plan de travail structuré sur trois chapitres.

Dans le premier chapitre, nous présentons des aspects théoriques et pratiques sur l'assurance des personnes à travers la vulgarisation d'aspect généraux sur l'assurance et sur le fonctionnement de la tarification dans la branche assurance santé.

Dans le second chapitre, nous présentons la démarche de tarification des contrats d'assurance santé en exposant les principes de tarification et présentant l'état des lieux du marché Algérien dans cette branche.

Dans le troisième chapitre, nous présentons notre travail de terrain en exposant l'organisme d'accueil d'AXA Assurance ainsi que les déterminants de la tarification d'un produit d'assurance santé.

Enfin, nous terminons notre travail par une conclusion générale.



Chapitre I :

*Aspects théoriques et pratiques
sur l'assurance santé.*

Introduction

Dans ce premier chapitre, nous présentons le contexte de l'étude et notamment tous les éléments essentiels à la compréhension du fonctionnement de l'assurance santé. Une bonne compréhension de ces éléments nous permet ainsi, par la suite, d'évaluer correctement le cout à priori d'un contrat complémentaire santé.

Pour cela, nous avons consacré ce chapitre à une introduction à l'assurance en retraçant ses origines ainsi que toutes les évolutions qui ont marqué ce domaine, son rôle, ses éléments et ses différentes formes.

Dans une deuxième section, nous nous sommes penchés sur l'assurance santé, en exposant brièvement dans un premier lieu, le fonctionnement du régime de base qu'est la sécurité sociale. Ensuite, nous nous sommes approfondies sur la couverture complémentaire des frais de santé, son rôle, les différents régimes existants et les différents types de remboursement qui peuvent être mis en place.

Section 1 : Introduction générale à l'assurance

Pour mieux comprendre notre sujet, il convient de l'apprécier comme élément d'un ensemble. Ainsi, comprendre l'assurance au sens large va nous permettre d'avoir une vision générale.

1. Historique

Comme tout concept existant dans la théorie, celui-ci a forcément une genèse. Ainsi, il nous paraît pertinent de présenter une rétrospective sur le concept de l'assurance pour comprendre ses fondements.

1.1. L'origine et le développement de l'assurance

Afin de bien commencer notre travail, nous allons tout d'abord aborder l'historique de l'assurance et donc les origines et le développement de celle-ci.

Les traces lointaines des opérations d'assurance se trouvent dans l'antiquité où l'assurance était pratiquée sous la forme la plus ancienne : celle de l'assurance mutuelle, qui consistait à la mise en commun avec d'autres personnes exposées aux mêmes risques, des cotisations de manière à constituer un fond qui devrait parer aux éventuels risques encourus.

Déjà à Rome, avant le 15^{ème} siècle, il existait des mutualités de petits marchands, des caisses de secours. Dès lors nous pouvons comprendre que l'assurance a comme base « la mutualité » qui permet de réduire le hasard et de créer la sécurité.¹

A la fin du moyen âge apparut l'assurance à prime fixe sous la forme d'assurance maritime ; l'assuré s'adresse à un tiers qui, moyennant une prime forfaitaire s'engage à couvrir des risques jusqu'à un seuil convenu. Ainsi l'assistance mutuelle se vit remplacer par le principe du but lucratif et l'idée de l'association par celle de la prime, n'étant elle-même que le prix du risque de mer.²

Au 17^{ème} siècle, l'assurance terrestre fit son apparition en Angleterre sous la forme de l'assurance contre l'incendie à la suite du grand incendie de Londres en 1666 qui détruisit plus de 13000 maisons et près de 100 églises.³

¹ Gérard BISAMA, « Etude du model de tarification de prime d'assurance maladie », université de Kinshasa, science et informatique, 2009, page 4.

² Idem, page 4

³ Idem, page 5

Au 19^{ème} siècle, l'assurance prit son essor par la création de plusieurs compagnies privées, mutuelles sous action. A côté de l'assurance incendie des nouvelles formes d'assurances virent le jour : les assurances contre les accidents, les assurances de responsabilité.⁴

Au 20^{ème} siècle, nous assistons à un développement de l'assurance favorisée d'une part par la concentration des populations dans les villes, d'autre part, par l'amélioration du niveau de vie et l'établissement des statistiques de plus en plus précises et des tables de mortalité par les mathématiques des assurances.

Le développement du machinisme et la circulation automobile accrurent les formes d'assurance de responsabilité déjà connues et sous l'influence de la vie économique et sociale, les assurances contre les vols, les risques de guerre, et accidents corporels apparurent. En outre, l'évolution des assurances au 20^{ème} siècle se caractérise par une socialisation qui se manifeste à un triple point de vue.⁵

D'une part, il y'a des risques qui menacent l'individu dans sa personne (maladie, invalidité, vieillesse...) et dont la couverture présente un intérêt social évident. Les personnes menacées par ces risques et qui sont économiquement faibles ne sont pas capables de s'assurer. Ainsi, tenant compte de l'intérêt général, l'Etat est intervenue pour s'imposer à tous les salariés, avec la participation des employeurs, à la couverture des risques sociaux afin d'améliorer, par la sécurité, le sort de la classe ouvrière. Dès lors les assurances contre les maladies, les accidents corporels, les assurances vie ou assurances retraites apparurent.⁶

D'autre part, la socialisation des assurances se manifeste au sein même des assurances privées, car dans plusieurs pays, les assurances privées et, dans d'autres, on a institué le monopole et l'étatisation des assurances.

Enfin, par ces diverses manifestations, nous nous apercevons de l'évolution que l'assurance a subie depuis plusieurs années.

⁴Idem, page 5

⁵ Sabine BELAMICH, « Bien assurer les siens : santé, assurance vie, épargne et prévoyance », Edition Chiron, Paris, 2005, page 13.

⁶ Idem, page 15.

1.2. Les raisons ou fondements du développement de l'assurance

A travers cette brève présentation de la naissance et de l'évolution de l'assurance d'une manière générale, nous pouvons identifier quelques raisons qui ont contribué à son développement

A. L'assurance, facteur de progrès

L'histoire nous enseigne que le développement de l'assurance maritime a favorisé l'essor du commerce. Les marins étaient en mesure de sécuriser leurs expéditions grâce à l'existence de l'assurance.

D'une manière générale, tout progrès comporte une prise de risque qui sera mieux acceptée, voire rendue possible, s'il existe des mécanismes de compensation en cas d'échec. Il est remarquable de constater que dans tous les pays « en voie de développement », un fort besoin d'assurance se fait ressentir de nos jours. Pour certaines activités, l'assurance est même indispensable : ainsi les entreprises qui veulent exporter ne peuvent le faire que grâce à des assurances spécifiques.⁷

B. L'assurance tributaire d'une société organisée

Il apparaît aussi que l'assurance, pour s'épanouir, nécessite une société organisée, tant sur le plan économique et financier que sur le plan juridique. Il est remarquable de constater que la codification opérée par Colbert a permis l'essor de l'assurance en France. Seule une société de droit permet à l'assurance de croître.

Les pays de l'Est illustrent aujourd'hui, a contrario, cette analyse. Avant de songer à développer le secteur de l'assurance, il convient d'instaurer un secteur bancaire solide et un cadre législatif cohérent.⁸

C. Le besoin de protection

L'essor de l'assurance traduit l'accroissement des besoins de protection du public. La protection recherchée vise tant les patrimoines que les personnes : nous touchons là au rôle

⁷ COUILBAUT François et CONSTANT Eliashberg, « **Les grands principes de l'assurance** », 9^{ème} édition, l'ARGUS de l'assurance, Paris, 2009, p18.

⁸ Idem, p19.

fondamental de l'assurance.

- La protection des patrimoines : l'assurance permet aux assurés de se prémunir d'une garantie en cas de survenance de certains évènements pouvant affecter leurs biens. Il apparaît aujourd'hui presque impensable de ne pas s'assurer contre l'incendie, le vol ou les dégâts des eaux. Les indemnités versées par l'assureur compenseront les pertes subies. De même, nous avons tous conscience que nous pouvons occasionner des dommages à autrui et être tenus à répartition au titre des règles de responsabilité. Les assurances de responsabilités évitent à l'auteur du dommage de prélever sur son patrimoine les sommes nécessaires à l'indemnisation des victimes. Ainsi, tant les assurances « de biens », que les assurances de responsabilités concourent à la conservation du patrimoine des assurés.

- La protection des personnes : certains évènements peuvent frapper la personne humaine dans son intégrité physique : songeons aux accidents corporels, aux maladies et, bien sûr, aux décès. Les victimes ou leurs proches pourront bénéficier de prestations versées par l'assureur si une assurance adéquate a été souscrite.

L'assurance des personnes, comme l'assurance des biens, a vocation à intervenir pour ne pas laisser les individus complètement démunis, dans certaines situations. Chacun d'entre nous ressent de plus en plus la nécessité de se prémunir contre ce genre d'évènements.⁹

2. Définition, et éléments de l'assurance

Après avoir présenté l'histoire et les fondements de l'assurance, il convient maintenant de définir celle-ci pour vulgariser davantage ce concept.

2.1. Définitions

D'une manière générale, l'assurance peut être définie comme : une réunion de personnes qui, craignant l'arrivée d'un évènement dommageable pour elles, se cotisent pour permettre à ceux qui seront frappés par cet évènement, de faire face à ses conséquences.

En effet, à la base des notions générales d'assurance nous trouvons des éléments économiques, juridiques et techniques. Ainsi à travers les âges, les économistes, les juristes et les techniciens ont émis diverses théories sur la notion d'assurance selon leurs disciplines.

Dans l'assurance, les économistes ont surtout retenu l'idée de besoins (besoin d'assurer

⁹ Ibid, COUILBAUT François et CONSTANT Eliashberg, p 21.

son pain quotidien, besoins de se protéger contre les pertes éventuelles) pendant que les juristes ont insisté sur l'idée des dommages et sur les prestations incombant à l'assureur et à l'assuré.

Les techniciens quant à eux ont mis en évidence le fait que l'assurance ne peut remplir son but que si elle se manifeste à l'état isolé, c'est-à-dire limité à un seul risque dans le rapport d'un seul assuré et d'un assureur. Le besoin de sécurité total ne peut être satisfait parfaitement que si nous recourons à l'aide d'autrui.¹⁰

Déjà en 1994, CHAUFTON l'avait souligné en déclarant que « *l'assurance est la compensation des effets du hasard par la mutualité organisée suivant les lois de statistique* ». C'est le professeur VIVANTE qui a mis en valeur l'idée que l'assurance est « *un office de réparation dont le rôle est de distribuer les primes recueillies dans un groupe des nombreux d'assuré entre ceux qui ont subi des sinistres* ». ¹¹

Par essence, l'assurance suppose une réunion de personnes qui, pour faire face à un même risque susceptible de les atteindre. Le but de l'assurance ne peut donc être atteint que par le regroupement d'une multitude d'assurés au sein d'une même entreprise, au sein d'une même mutualité qu'est l'assureur.¹²

Dans une formule simplifiée, selon Joseph HEMARD, nous pouvons définir l'assurance comme étant « *une opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre moyennant une rémunération, la prime ; une prestation par une autre partie, l'assureur en cas de réalisation d'un risque* ».

Cette définition met en valeur les rapports qui naissent entre l'assureur et l'assuré, et fait naître les deux obligations réciproques essentielles, à savoir le paiement de la prime à la charge de l'assuré et la prestation de l'assureur lors de la réalisation du risque.

Reprenant les trois caractéristiques examinés ci avant : économique, juridique et technique, et d'une manière plus précise, J.HEMARD a donné une définition plus complète de l'assurance : « *opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération, la prime ou cotisation pour lui ou pour une tiers en cas de réalisation d'un*

¹⁰ COUILBAUT François, Virginie HUBETY, « **Les grands principes de l'assurance** », 11^{ème} édition, L'ARGUSDE L'ASSURENCE, paris, 2013, p16.

¹¹ Idem, p 17.

¹² Idem, p 17.

risque, une prestation par une autre partie l'assureur, qui prenant en charge un ensemble de risques, les compense conformément aux lois de la statistique ».

Cette définition s'applique aussi bien aux assurances des dommages qu'aux assurances des personnes, aux assurances mutuelles qu'aux assurances à prime fixe et met en valeur les trois éléments essentiels de l'assurance, à savoir le risque, la prime et la prestation de l'assureur.¹³

2.2. Éléments de l'assurance

Toute assurance repose essentiellement sur trois éléments : le risque, la prime et la prestation de l'assureur. Dans les assurances de dommages, on observe un quatrième, à savoir l'intérêt d'assurance, en est toute personne ayant un intérêt à la conservation d'une chose peut la faire assurer.

A. Le risque

Le mot risque en assurance recouvre plusieurs notions :

- Il désigne l'objet assuré : tel que bâtiment est qualifié de risque assuré ;
- Il est utilisé en matière de tarification : on parle de risque industriel, de risque du particulier, de risque automobile, etc. ;
- Il correspond à l'évènement assuré.

C'est cette dernière signification qui nous concerne ici et nous retiendrons que : le risque est l'évènement dommageable contre l'arrivée duquel on cherche à se prémunir.

En revanche, tous les évènements ne sont pas assurables. En effet, seuls les évènements revêtant trois caractères pourront être assurés :

- **1^{er} caractère** : l'évènement doit être futur (le risque ne doit pas être déjà réalisé) ;
- **2^e caractère** : il doit y avoir incertitude. On parle d'évènement aléatoire, c'est-à-dire qui dépend du hasard ;

L'incertitude, ou aléa, réside, soit dans la survenance de l'évènement (nous ne savons pas s'il y aura incendie ou vol), soit dans la date de survenance de l'évènement (nous ne savons pas à quelle date le décès interviendra).

- **3^e caractère** : l'arrivée de l'évènement ne doit pas dépendre exclusivement de la

¹³ Idem, p18.

volonté de l'assuré.

De ce qui précède, nous pouvons déduire que le risque est un évènement futur, incertain et ne dépendant pas exclusivement de la volonté de l'assuré ; ou un évènement certain, mais dont la date de survenance est inconnue.¹⁴

B. La prime ou cotisation

La prime est la contribution que verse l'assuré à l'assureur en échange de la garantie qui lui est accordée.

Elle est payable au départ de l'opération d'assurance, d'où son nom de prime (que nous retrouvons dans la locution « de prime abord » ou dans le mot « primeur » qui signifie en premier).

Lorsque l'organisme d'assurance est une société mutuelle ou à forme mutuelle dans laquelle l'assuré est en même temps en sociétaire, la prime s'appelle « cotisation ».

La contribution du souscripteur est généralement déterminée à forfait ; il s'agit alors d'une cotisation fixe qui ne peut, en principe, être modifiée en cours de validité du contrat sans le consentement du souscripteur, quels que soient les résultats de l'assureur (sauf indexation convenue).

Les sociétés mutuelles et certaines sociétés à forme mutuelle pratiquent le système de la cotisation variable, avec paiement d'une cotisation pouvant donner lieu, soit au versement complémentaire d'un rappel de cotisation (si les sinistres ont coûté plus cher que prévu), soit à un remboursement appelé « ristourne » dans le cas contraire.

Quelle que soit la forme de l'organisme d'assurance, qu'il soit à but lucratif ou non, les cotisations doivent être suffisantes pour faire face :

- ✓ Au cout des sinistres survenus dans l'année ;
- ✓ A tous les frais (d'acquisition, de gestion, d'encaissement) exposés par l'organisme assureur.

L'exécution d'une opération d'assurance ne doit pas mettre en jeu d'autres capitaux que ceux qui proviennent de l'encaissement des primes et des cotisations.

Contrairement à ce que pense le public, les assureurs ne font que répartir, entre les sinistrés, l'argent provenant des cotisations.¹⁵

¹⁴ COUILBAUT François et CONSTANT Eliashberg, op-cit, p54.

¹⁵ COUILBAUT François et CONSTANT Eliashberg, op-cit, p55.

C. La prestation de l'assureur

L'engagement pris par l'assureur en cas de réalisation du risque consiste à verser une prestation. Il s'agit d'une manière générale, d'une somme d'argent destinée :

- ✓ Soit au souscripteur et assuré, par exemple en assurance incendie ;
- ✓ Soit au tiers, par exemple en assurance de responsabilités ;
- ✓ Soit au bénéficiaire, par exemple en assurance vie (en cas de décès). En pratique, il convient de distinguer deux sortes de prestations :
 - ✓ Des indemnités qui sont déterminées après la survenance du sinistre, en fonction de son importance (par exemple : incendie d'un bâtiment) ;
 - ✓ Des prestations forfaitaires qui sont déterminées à la souscription du contrat, avant la survenance du sinistre (par exemple : assurance vie). Ces prestations forfaitaires se traduisent par le versement d'un capital, ou d'une rente ou encore d'une somme d'argent par jour.

Nous verrons par la suite que cette distinction correspond à la classification des assurances en deux grandes catégories : les assurances dites de dommages, qui se concrétisent par les indemnités en cas de sinistre, et les assurances dites de personnes, objet de prestations forfaitaires.¹⁶

D. La compensation au sein de la mutualité

Chaque souscripteur verse sa cotisation sans savoir si c'est lui ou un autre qui en bénéficiera, mais conscient du fait que c'est grâce à ses versements et à ceux des autres souscripteurs que l'assureur pourra indemniser ceux qui auront été sinistrés.

L'ensemble des personnes assurées contre un même risque et qui cotisent mutuellement pour faire face à ces conséquences, constitue une mutualité.

L'assurance est donc l'organisation de la solidarité entre les gens assurés contre la survenance d'un même évènement.

Cette solidarité est très forte :

- ✓ Si le risque s'aggrave (par exemple, s'il y a plus d'accidents d'automobiles, ou si chaque accident coûte plus cher), l'ensemble de la mutualité devra acquitter une cotisation plus élevée ;
- ✓ Si le risque diminue (si par exemple, il y a moins de décès en assurance vie), la cotisation de chacun diminuera ;
- ✓ Si des assurés ne trichent en ne déclarant pas la gravité de leurs risques ou en exagérant l'importance d'un sinistre, l'ensemble de la mutualité en pâtira.

Ainsi, l'idée de compensation au sein de la mutualité implique que tous les membres de

¹⁶ COULIBAUT François et CONSTANT Elishberg, op-cit, p15

cette mutualité soient traités sur un pied d'égalité, c'est-à-dire avec équité. Cela explique la nécessité de prévoir des sanctions en cas de tricherie. Cela justifie également l'application de règles strictes de souscription et de paiement des sinistres. Toutes ces dispositions, parfois mal perçues par le public, visent à la protection de la mutualité.¹⁷

3. Classification et rôle de l'assurance

Il convient désormais de définir les différentes classifications des assurances et leurs rôles.

3.1. Classification de l'assurance

La classification juridique des branches d'assurance, comme nous l'avons vu, ne permet pas une gestion pratique des contrats d'assurance. Elle permet de distinguer la prestation de l'assureur au moment du sinistre, alors que la classification technique permet aux assureurs de tarifier leur contrat au moment de la souscription.

Pour l'assuré, cotiser pour des assurances gérées en répartition c'est cotiser pour ceux qui en ont le plus besoin, en sachant qu'il n'en bénéficiera pas forcément lui-même comme c'est le cas en responsabilité civile automobile, en assurance incendie ou en vol. Alors que dans le cadre des assurances par capitalisation, en assurance vie par exemple, l'assuré cotise pour lui-même et sait à l'avance ce qu'il touchera au terme du contrat.¹⁸

3.1.1. Classification technique

La classification technique oppose les assurances gérées en répartition des assurances gérées par capitalisation.

A. Les assurances gérées en répartition

Il s'agit des assurances gérées selon une technique correspondant strictement à la définition que nous avons donnée auparavant.

L'ensemble des primes versées par les assurés au cours d'une année sert à régler les sinistres survenus parmi la mutualité d'assurés au cours de la même période.

L'assureur ne fait que répartir, entre les assurés sinistrés, la masse des primes acquittées par l'ensemble des membres de la mutualité. Cette répartition s'opère par année.

Nous observons dans ce cas que la fréquence du risque est constante ou varie peu d'une

¹⁷ COUILBAUT François et CONSTANT Eliashberg, op-cit, p56

¹⁸ COUILBAUT François et virginie HUBETY, op-cit, p43

année à l'autre. Il s'agit des assurances IARD (incendie, accidents, risques divers). Elles englobent les assurances de responsabilité, ainsi que certaines assurances de personnes comme les assurances complémentaires santé et dommages corporels.¹⁹

B. Les assurances gérées en capitalisation

Les primes ou cotisations versées sont capitalisées par la technique des intérêts composés. Il n'y a plus ici de notion de mutualité d'assurés, contrairement à la gestion par répartition. Ce sont des assurances gérées sur le long terme et qui portent sur une épargne.

D'une autre part, le risque assuré n'est pas constant, la fréquence augmente ou diminue en cours de contrat. C'est le cas de la probabilité de décès et de la probabilité de survie de la personne humaine. Les assurances vie sont gérées suivant ce type de mécanisme.²⁰

3.2. Classification juridique

Cette classification correspond aux obligations nées du contrat d'assurance et nous distinguons à ce sujet : les assurances de dommages et les assurances de personnes.

A. Les assurances de dommages et de responsabilité

Les assurances de biens et de responsabilité ont pour but de réparer les conséquences d'un événement dommageable affectant le patrimoine de l'assuré. Elles visent donc la protection du patrimoine de l'assuré.²¹

Elles se subdivisent, naturellement, en deux catégories :

✚ Les assurances de choses garantissant les biens appartenant à l'assuré (garantie directe du patrimoine).

✚ Les assurances de responsabilités garantissant les dommages que l'assuré peut occasionner à des tiers : dommages corporels ou dommages à leurs biens (garantie indirecte du patrimoine de l'assuré puisque ce dernier n'a pas à prélever les sommes nécessaires à la réparation).

✚ Les assurances de biens et de responsabilité sont soumises à un principe fondamental, dit principe indemnitaire, selon lequel la prestation de l'assureur ne peut en aucun cas, excéder le

¹⁹ COUILBAUT François et virginie HUBETY, op-cit, p44

²⁰ Idem, p45.

²¹ André MARTIN, « techniques d'assurances », 3^{ème} édition, DUNOD, Paris, 2014, p27.

préjudice réel subi par l'assuré.²¹

B. Les assurances de personnes

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

Elles se subdivisent également en deux catégories principales :

- ✓ Les assurances sur la vie, en cas de décès ou de vie.
- ✓ Les assurances de dommages corporels qui englobent les assurances en cas de maladie ou d'accidents : notamment contrats complémentaires santé, hospitalisation, individuelle accidents, GAV (garanties des accidents de la vie), dépendance...

Les assurances sur la vie ne sont pas soumises au principe indemnitaire, puisque la valeur pécuniaire de la personne humaine ne peut être fixée. nous appliquons le principe forfaitaire.

Les assurances de dommages corporels sont aujourd'hui majoritairement soumises au principe indemnitaire ; c'est nécessairement le cas de l'assurance complémentaire santé pour le remboursement des soins et de la GAV. Mais certains contrats, par exemple de type individuelle accidents, appliquent le principe forfaitaire en prévoyant des prestations prédéterminées et non liées aux préjudices réels de l'assuré (en pratique, se reporter au contrat pour déterminer le principe retenu).

Nous pouvons également classifier l'assurance d'une autre manière, et ce d'après la forme. Ainsi nous divisons les organismes d'assurance en « mutuelles » et en « compagnies à primes fixes ».²²

C. Les mutuelles

Elles constituent les assurances fondées sur la solidarité des assurés sans que l'organisme assureur cherche à réaliser des bénéfices. Elles ont une nature essentiellement civile parce qu'elles ne sont pas fondées sur l'intention de lucre. Du point de vue de leur fonctionnement, les mutualités sont simplement immunisées contre un danger commun en dehors de toutes idées de spéculation et sont en même temps leur propre assureur ; les mutualités par l'organe de la mutuelle ; répondent en définitive de perte éventuelles résultant des risques couverts et la cotisation leur réclamée varie suivant la gravité du risque à

²² André MARTIN, op-cit, p29.

couvrir.²³

Néanmoins, ladite cotisation est limitée, dans la pratique, à un maximum déterminé, c'est ce qui entraîne la relativité de la responsabilité dans la mutuelle. S'il y a insuffisance des sommes exigibles. Versées ou à verser par les mutualités. Il ne sera accordé qu'une identité partielle, en cas de sinistre. Il importe de signaler que les mutuelles ne recourent pas aux services des courtiers et agents d'assurance ; elles payent donc rarement les commissions d'usage.²⁴

D. Les assurances primes fixes

Ces assurances sont fondées sur le but de lucre ; elles sont toujours pratiquées par des sociétés commerciales (société par action, plus exactement anonyme). Sur le plan fonctionnel, les assurés n'ont aucun point de contact entre eux comme dans les mutuelles ; il n'existe que de lien des droits entre chaque assuré et son assureur. Dans l'assurance à prime fixes, il y a invariabilité de la prestation des assurés et la responsabilité de l'assureur est toujours entière.²⁵

De nos jours ces deux formes d'assurance ont réagi l'une sur l'autre et se sont interpénétrées ; ce qui a diminué de plus en plus l'opposition entre les deux. Certaines sociétés d'assurance mutuelles acceptent déjà les contrats d'assurance à prime fixe. Aussi, dans certaine branche de l'assurance à prime fixes, surtout dans l'assurance-vie, les assurés participent dans une certaine mesure, aux bénéfices de la société.²⁶

Toujours d'après la forme de l'organisme d'assurances, nous distinguons également des assurances publiques, des assurances privées et des assurances sociales.

L'assurance publique est exploitée par le pouvoir public ou par un établissement public (dans ce cas l'état joue le rôle de l'assureur). Tandis que les assurances privées poursuivent un but de réparation d'un préjudice causé à l'assuré.

Ces assurances n'existent dont qu'à l'échelon individuel dans ce sens qu'elles ne tendent qu'à assurer la sécurité individuelle des assurés et non une société collective. Elles sont obligatoires, c'est le cas des accidents des travaux, assurance de responsabilité civile

²³ http://www.amice-eu.org/userfiles/file/AISAM_What_is_Mutuality_fr

²⁴ Idem.

²⁵ <https://www.edenred.be/as-doc/documents/fr/claeysEngels/assurances>.

²⁶ Idem.

automobile...

Par contre les assurances sociales intéressent des groupes sociaux entiers sans tenir compte des individus ; elles sont libres ou partiellement libre. Par exemple, les assurances maladie, assurances invalidité, assurance vieillesse et décès prématuré, allocation familiale, assurance chômage ...²⁷

Les assurances sociales se caractérisent par l'absence des sélections de risques d'où l'importance de la prévention et par leur caractère de service public, d'où le contrôle de l'état. Aussi faut-il souligner le recours à d'autres (contribuables) pour compléter les cotisations des assurés.

3.3. Rôle de l'assurance

L'assurance a deux missions : une mission sociale et une mission économique.

3.3.1. Le rôle social de l'assurance

L'assurance vise à indemniser une partie des assurés qui sont victimes des sinistres grâce aux cotisations prépayées par l'ensemble des assurés.

Avant tous, l'assurance joue un rôle social dans le sens où il est considéré comme un facteur de sécurité, car elle garantit la répartition et favorise la création.

L'assurance permet d'indemniser les préjudices résultant de la réalisation des risques. Grâce à elle l'immeuble incendié sera reconstruit, le véhicule endommagé sera réparé...

Elle joue généralement ce rôle dans l'intérêt de l'assuré lui-même car cela lui permet de conserver l'équilibre de son patrimoine et même de sauvegarder des intérêts extra patrimoniaux comme sa santé, sa capacité de travail, tels sont des exemples du rôle social de l'assurance qui consiste à sécuriser les individus et leurs patrimoines ainsi que leurs revenus, et ce pour sauvegarder la stabilité sociale et le bonheur des individus. Et c'est là où apparait la fonction réparatrice de l'assurance.

L'assurance joue aussi un rôle déterminant dans le service de l'entreprise car elle lui fournit des fonds nécessaires pour surmonter des situations difficiles pouvant porter atteinte à sa stabilité tels que, l'incendie, l'inondation, la faillite d'un client débiteur...etc.

²⁷ Ibid, page 43

En volant au secours des entreprises, l'assurance sauve des emplois et donc des individus et des familles. De ce fait nous pouvons dire qu'elle encourage l'innovation, et donc c'est un facteur de progrès social et de développement économique.

Il faut signaler que le rôle social de l'assurance a des limites. L'intervention de l'assureur lors de la survenance d'un sinistre consiste à offrir une indemnité en argent aux victimes, alors que l'argent n'est qu'une réparation financière des dégâts causés par le sinistre.

3.3.2. Le rôle économique de l'assurance

Nous faisons introduire le rôle économique de l'assurance par la citation suivante : «un marché d'assurance et de réassurance²⁸ fondé sur une base rationnelle est un élément essentiel à la croissance économique ».²⁹

L'assurance est un moteur essentiel du développement économique, il se manifeste par les aspects fondamentaux suivants :

A. Garanties des investissements

Tout projet moderne d'investissement, et donc de développement, exige la participation de l'assureur sous garantie duquel l'entrepreneur et surtout son banquier ne risqueraient pas les capitaux impliqués par le projet. Par exemple, s'agissant d'une plateforme pétrolière ou d'un satellite de télécommunication au plan modeste commerce de proximité, aucun investisseur n'accepterait d'y investir son argent en risquant de voir les capitaux investis partir en fumée, sans avoir sous la main non pas une promesse mais une garantie de récupérer son argent lors de survenance des sinistres, et depuis longtemps jusqu'à nos jours, seules les assurances ont pu offrir cette garantie aux investisseurs.³⁰

B. Placement des cotisations

L'assureur perçoit des cotisations avant que les assurés ne soient soumis aux risques contre lesquels ils sont garantis. Cela lui donne normalement une trésorerie excédentaire qu'il doit gérer au mieux des intérêts de la mutualité. En outre il s'écoule toujours un certain temps

²⁸ Réassurance est l'assurance des sociétés d'assurances.

²⁹ Marck Green.

³⁰ Jérôme YEATMAN, « **Manuel international de l'assurance** », édition Economica, 1998, paris, p193.

entre la date de survenance des sinistres et celle de leur règlement. A tout moment, les assureurs ont donc connaissance d'une liste de sinistres déclarés dont le coût probable a pu être évalué et sont en attente de règlement. Le total des évaluations de ces sinistres à régler doit être provisionné au passif du bilan au titre des engagements qui doivent être, eux aussi, gérés dans l'intérêt de la mutualité.³¹

La part des cotisations qui doit être provisionnée et placée par les assureurs représente le plus souvent une fraction de leur chiffre d'affaires annuel, surtout pour les assureurs qui pratiquent les branches d'assurance dites à liquidation lente parce que leurs sinistres, ou une part d'entre eux, exigent des délais de règlement importants, telles que la responsabilité civile, y compris la responsabilité civile automobile et le transport. Nous constatons que chez les assureurs dont une grande part du chiffre d'affaire est réalisée dans la branche automobile, les provisions pour sinistres à régler peuvent représenter plus deux fois leur chiffre d'affaire annuel.³²

Certaines branches telles que la construction et surtout la vie, font prendre à l'assureur des engagements à long terme qui exige la construction de provisions très importantes. Une prime unique pour une garantie vie entière doit être épargnée pour toute la durée de la vie des assurés. Les assurances de capitalisation et de retraite donnent lieu à des accumulations de provisions tout au long de la durée des contrats. Or ce sont ces assurances qui tendent à se développer le plus rapidement dans les pays à économie moderne et donc l'accroissement des placements des cotisations.³³

D'après ce que nous venons de présenter, nous pouvons dire que l'assurance est une activité très complexe qui a muris depuis son apparition au 15^{ème} siècle, sa complexité réside dans le fait qu'elle est construite selon plusieurs champs disciplinaires (technique, juridique.).

Ainsi l'assurance joue plusieurs rôles dans la société sur le plan juridique, social et économique.

³¹ Ibid, Jérôme YEATMAN, p194.

³² Ibid, p194.

³³ Ibid, p195.

Section02 : le fonctionnement de l'assurance santé

Dans cette partie, il convient de décrire le secteur de l'assurance santé. Notamment, les principaux acteurs de celui-ci, c'est-à-dire la Sécurité sociale et la complémentaire santé sont présentés afin de comprendre leurs fonctionnements et leurs rôles.

1. Le régime de la sécurité sociale

Pour étayer notre sujet, il convient à ce stade de nous focaliser sur la présentation de la sécurité sociale et de son fonctionnement.

1.1. Le fonctionnement général

Créée après la seconde guerre mondiale, la sécurité sociale a été mise en place pour protéger les individus face aux conséquences financières des risques sociaux. Elle est composée actuellement de cinq branches : la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la retraite, la famille et le recouvrement. Nous nous intéresserons à la branche maladie, et plus particulièrement au domaine de la santé qui couvre les dépenses de santé des assurés. La sécurité sociale rembourse également les frais de santé des ayants droit, c'est-à-dire des personnes à charge de l'assuré et qui ne peuvent bénéficier d'une protection sociale à titre personnel. Les ayants droits peuvent être les enfants, le conjoint ou les ascendants à charge de l'assuré.

1.2. Définition de la sécurité sociale

Le terme protection sociale ou sécurité sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières liées aux risques sociaux.

Nous entendons par risques sociaux l'ensemble des situations susceptibles d'affecter la situation financière des individus et donc leur sécurité économique. Nous distinguons notamment les risques vieillesse, maladie, indemnités, chômage, accident de travail ou maladie professionnelle et maternité.

La protection sociale peut s'appliquer selon trois logiques :

Une logique d'assurance sociale : l'idée étant de protéger les individus contre une éventuelle perte de revenu, telle que le chômage, la maladie, la vieillesse ou les accidents de travail. Ce type de protection est financé par des cotisations sur les salaires et ne concernera donc que les individus qui cotisent.

- Une logique d'assistance : le but étant de lutter contre les différentes formes de pauvreté en instaurant une solidarité entre les individus. Ce type de protection, assurant un revenu minimum à celui qui en bénéficie, ne nécessite pas de cotisation préalable. L'attribution se fait sous conditions de ressources. Cela concerne par exemple le revenu minimum d'insertion, ou encore l'allocation adulte handicapé.

- Une logique de protection universelle : l'objectif étant dans ce cas de ne couvrir que certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Encore une fois les prestations sont accordées sans conditions de cotisations mais nécessitent certaines conditions de ressources. Néanmoins les prestations sont les mêmes pour tous, c'est le cas notamment des prestations familiales.

2. La complémentaire santé

Pour aller davantage dans le particulier de notre sujet, il est maintenant nécessaire d'exposer le concept de la complémentaire santé et son fonctionnement.

2.1. Définition

D'après l'encyclopédie de l'assurance, les assurances « complémentaire » maladie, incapacité de travail et décès s'entendent des assurances souscrites en complément des prestations garanties par la sécurité sociale. Elles sont un élément de ce que nous désignons généralement sous le vocable de « protection sociale complémentaire », qui peut être définie comme l'ensemble des garanties souscrites en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale.³⁴

La nécessité de ces assurances complémentaires découle du caractère limité des prestations mises en œuvre par la sécurité sociale dans le cadre de la solidarité nationale.

Par définition, les assurances complémentaires sont apparues avec la mise en place des assurances sociales. Bien entendu, ces assurances complémentaires s'inscrivaient dans le prolongement des systèmes d'assurances préexistants, qui étaient mis en œuvre par les

³⁴ Gilles DUSSAULT, Pierre FOURNIER, Alain LETOURMY, « L'Assurance maladie », BANQUEMONDIALE, Washington, 2010, p20.

compagnies d'assurance et les caisses nationales d'assurances. La législation sur les assurances sociales allait en outre donner naissance à une nouvelle catégorie d'organisme, les caisses patronales, ancêtres des institutions de retraite complémentaire et des institutions de prévoyance actuelles.³⁵

2.2. Les différents types d'organismes complémentaires santé

Trois types d'organismes pratiquent une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont soit des contrats individuels, c'est-à-dire conclus directement par un individu auprès d'un organisme complémentaire, soit des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par un employeur pour ses salariés.

A. Les mutuelles : qui apparaissent largement majoritaires en termes de nombre de personnes protégées, dépendent du code de la mutualité (livre I et II), ont un mode de gouvernance de type « mutualiste » (assemblée générale composée des assurés de la Mutuelle) et sont à but non lucratif. Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle (la santé individuelle).³⁶

B. Les institutions de prévoyance : Les institutions de prévoyance (IP) régies par le code de la Sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Elles interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles à la suite de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité, dans le cadre d'un régime professionnel (institutions professionnelles) ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité différents.³⁷

C. Les compagnies d'assurance : les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratifs, à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif, et dont les actionnaires sont les assurés.

3. Le principe de remboursement

Le remboursement d'un sinistre en assurance santé s'effectue en 2 étapes. En effet, il ya

³⁵ Ibid, Gilles DUSSAULT, p20.

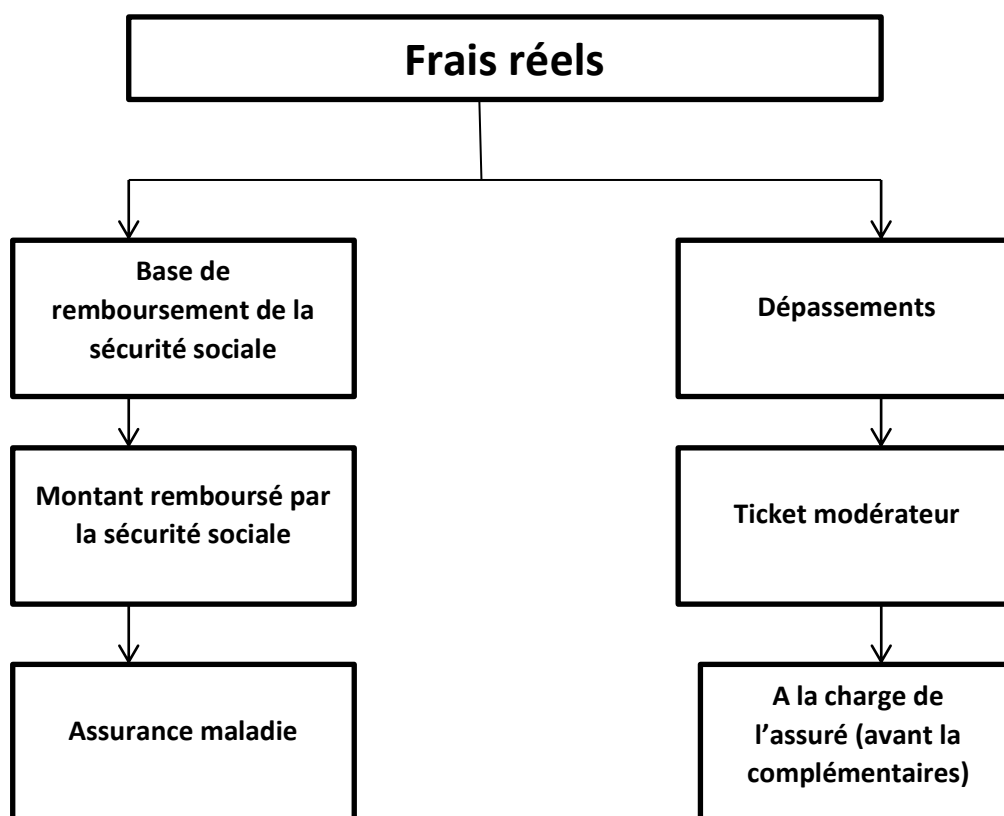
³⁶ Muriel Barlet, Magali Beffy et Denis Raynaud, « la complémentaire santé (Acteurs, bénéficiaires, garanties) », direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, paris, 2016, p34

³⁷ Idem, Muriel Barlet, Magali Beffy et Denis Raynaud, p35.

dans un premier temps le remboursement de la sécurité sociale puis dans un second temps, le remboursement de l'assureur complémentaire.

La décomposition des frais médicaux en santé peut être illustrée par le schéma ci-dessous :

Figure n°1 : décomposition des frais de santé



Source : établie par nous-même à partir de plusieurs lectures.

- La sécurité sociale établit pour chaque acte un tarif de responsabilité (ou base de remboursement) qui est le montant servant de base de calcul de son remboursement. Le remboursement de la sécurité sociale est ainsi le produit entre ce tarif de convention relatif à un acte et le taux de remboursement correspondant.

- Le ticket modérateur est la participation laissée à la charge de l'assuré au titre des dépenses de soins dont il bénéficie. C'est donc l'écart entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la sécurité sociale. Il peut être nul ou non.

- Le remboursement de l'assureur complémentaire : l'assureur complémentaire peut prendre en charge tout ou partie de la différence entre les frais réellement engagés et le

remboursement de ces frais par la sécurité sociale.³⁸

4. Les différents régimes complémentaires existants

En supplément du régime de base de la sécurité sociale, il existe plusieurs types de régimes complémentaires :

4.1. Les régimes collectifs à adhésion facultative :

Chaque salarié a le choix d'adhérer ou non au régime. Il peut aussi éventuellement choisir le niveau de couverture auquel il adhère. Des problèmes d'anti-sélection peuvent alors se poser puisque la population qui souscrira au régime présentera un risque plus élevé. Les individus dont l'état de santé est incertain seront en effet attirés par les couvertures fortes en complémentaire santé, tandis que les personnes qui se considèrent comme à l'abri de dépenses médicales fortes iront vers des contrats à plus faibles couvertures et dont la cotisation sera moins onéreuse.³⁹

4.2. Les régimes collectifs à adhésion obligatoire :

Lors de la mise en place du contrat, tous les membres de la catégorie de personnel concernée par la couverture doivent y souscrire. L'assureur, de son côté, se doit d'accepter tous les adhérents. Les cotisations et les prestations fournies par le régime mis en place seront les mêmes pour tous les assurés. D'une manière générale, les cotisations sont exprimées en « Cotisation par famille », où l'affilié paie pour l'ensemble des bénéficiaires de sa famille. Il est aussi possible de rencontrer des cotisations comportant une distinction « isolé /famille » distinguant une cotisation unique pour tous les affiliés n'ayant pas de famille et une cotisation unique pour tous les affiliés ayant une famille. Nous pouvons aussi trouver cette dernière distinction sous la forme « isolé/famille au sens de la sécurité sociale », où les membres sont considérés comme étant d'une même famille s'ils sont enregistrés sous le même numéro de Sécurité sociale que celui du salarié.⁴⁰

³⁸ Anthony NAHELOU, « Modélisation de la fréquence de survenance et du montant individuel des sinistres en assurance santé », EURIA, 2007, p31.

³⁹ Matthieu VAUTRIN, « Elaboration d'une méthode de tarification avec indicateurs de risque pour des contrats complémentaires santé collectifs », ISUP, 2009, p31

⁴⁰ Mathieu ADAM, « Différentes méthodes de tarification de garanties complémentaires santé et intégration de ces modèles dans un outil de tarification de contrat », ISUP, 2012, p47.

Nous rencontrons également, moins fréquemment, des cotisations du type « Adulte/Enfant ».

4.3. Les régimes collectifs à adhésion obligatoire et facultative :

Cela concerne typiquement des contrats dont l'adhésion est obligatoire mais dont certaines extensions ou options sont facultatives.⁴¹

4.4. Les contrats individuels :

L'assuré souscrit directement un contrat couvrant ses frais de santé. C'est un cas particulier d'adhésion.⁴²

⁴¹ Idem, Mathieu ADAM, p48.

⁴² Idem, page 48..

Conclusion

Depuis l'origine, le rôle de l'assurance est de limiter les effets des aléas de la vie en contrepartie d'une contribution financière en échange d'une prime ou cotisation d'assurance dans le but de se protéger contre les risques qui peuvent affecter nos biens ou notre famille.

C'est dans ce contexte, que l'assurance santé a su évoluer dans le temps afin d'accompagner les différents changements qu'a connus la société et les besoins des individus qui la composent.

Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Donc bien entendu, le remboursement des frais médicaux est en parti pris en charge par le régime de base de la sécurité sociale. Et pourtant, le remboursement de la sécurité sociale reste insuffisant, et c'est là où apparait le rôle de la complémentaire santé offerte par les compagnies d'assurance.

Dans le chapitre suivant, nous allons cerner le principe de la tarification et la méthodologie employée pour le calcul des primes des contrats individuels de santé. Nous traiterons en particulier le marché de l'assurance de personnes en Algérie dont l'assurance santé fait partie.



Chapitre II :
Tarification des contrats
d'assurance santé.

Introduction du chapitre

Maintenant que nous avons une vision assez claire de ce qu'est une assurance santé, intéressons-nous à la tarification dont la détermination permet de calculer avec précision les primes permettant ainsi à mettre en place des produits d'assurance santé qui correspondent aux besoins des assurés.

Dans ce contexte, nous avons subdivisé ce chapitre en deux sections, dont la première sera consacrée au principe de la tarification et donc on va donner en premier lieu une petite définition pour bien comprendre cette notion, et cela en précisant la méthodologie et les étapes suivies afin d'obtenir le montant de la prime qui couvre le risque subit en se basant sur les consommations cible d'une population cible.

Dans un second lieu, nous nous intéresserons au marché Algérien de l'assurance de personnes dont l'assurance santé fait partie, son développement, et ces acteurs principaux afin d'avoir une idée du contexte dans lequel notre produit sera lancé.

Section 1 : Le principe de la tarification d'un produit d'assurance santé

Dans cette première section, nous jugeons nécessaire de présenter les principes de tarification d'un point de vue théorique. Ainsi, nous définissons dans un premiers temps la tarification avant de présenter brièvement les composantes de celle-ci.

1. Définition de la tarification

La tarification a pour objectif la détermination des primes commerciales complètes, permettant à l'assureur de faire face aux prestations garanties, et au moins partiellement aux couts de gestion et de commercialisation, et permettant de dégager un niveau de bénéfice suffisant.

Une contrainte fondamentale est que le niveau du prime fait partie des conditions contractuelles et qu'il n'est pas d'usage qu'il puisse être modifié en hausse en cours de contrat. Contrairement à ce qui peut exister en assurance non vie il n'y a pas de possibilité de cotisations variables, même dans le secteur mutualiste.

Les modalités de paiement peuvent être diverses :

- ✓ Primes uniques pour l'achat au comptant de la garantie.
- ✓ Primes périodiques pour un achat en plusieurs versements d'une garantie déterminée
- ✓ Versements libres qu'on peut analyser en primes uniques facultatives

Une règle commune est qu'il doit y avoir un premier versement à la souscription.¹

2. Méthodologie de tarification

Pour mettre un prix sur un produit d'assurance, il convient de tenir compte de plusieurs facteurs et de suivre une méthodologie bien précise. Celle-ci peut être présentée comme suit :

2.1. Conditions de réalisation

Il est important, avant de mettre en place un produit d'assurance sur le marché, de vérifier que

¹ Pierre PETAUTON, « Théorie et pratique de l'assurance vie », édition DUNOD, 4eme édition, paris, 2012,p131.

certain nombre de facteurs de succès sont réunis.

Il s'agit des facteurs suivants :

A. Le besoin

Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité.

B. La qualité des services de santé

Il faut que les services de santé existants permettent de faire face aux principaux besoins de santé de la population assurée, qu'ils soient situés à proximité de celle-ci, et enfin qu'ils soient d'un niveau de qualité acceptable et bien perçus par cette population.

C. La culture d'assurance existe au sein de la population assurée

Le paiement régulier d'une prime est parfois difficile à accepter par les assurés parce que :

- Les ménages ont d'autres besoins prioritaires qui grèvent leur budget comme se nourrir, se loger ;
- Le bénéfice n'est pas visible tant que les assurés et leurs ayants droit sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette prime « pour les autres ».

D. Le nombre d'assurés est important dès la première année

Cette condition vaut surtout pour la couverture des gros risques. Il s'agit d'événements rares qui impliquent des dépenses importantes (les hospitalisations, les accouchements, les opérations chirurgicales, les évacuations vers l'étranger), car le calcul des primes se base généralement sur des estimations de la consommation moyenne d'une population cible en matière de soins de santé. Lorsque la consommation réelle est supérieure à la consommation moyenne estimée, l'équilibre financier du produit peut être mis en péril.

2.2. Collecte et l'analyse des données

La collecte des données consiste à réunir les informations nécessaires à la définition du produit « Assurance Santé ».

Ces informations seront utilisées pour choisir :

- Les services couverts.
- Le couple prestations/cotisations (cas d'une assurance individuelle).

- La triple prestations/cotisations/population assurée (cas d'une assurance collective).

Définir la démarche est la première étape de la collecte. Il s'agit de préciser quelles informations sont recherchées, dans quel but et auprès de quelles sources d'information. Il s'agit aussi de préparer la réalisation des supports de collecte et l'utilisation ultérieure des données collectées pour la définition du produit. ²

2.3. Définition du produit « assurance santé »

La phase de définition consiste à concevoir le produit sur la base des informations collectées. Il s'agit d'effectuer le choix des services à couvrir, définir les formules de couverture et fixer les limites de garantie. On peut résumer tous cela dans les étapes suivantes :

2.3.1. Présélectionner les services de santé à couvrir

Cette étape consiste à identifier et présélectionner les services de santé à couvrir par le produit « Assurance santé ». Ce dernier ne peut en général couvrir, du moins dans les premières années, l'ensemble des services de santé ; La couverture de certains services pourra être remise en cause si les niveaux de cotisation correspondants excèdent la disposition à payer de la population assurée.

La présélection des services de santé à couvrir peut s'effectuer sur des critères de priorité ; services répondant aux réels besoins des ménages et dont l'utilisation peut poser des problèmes financiers.³

2.3.1.1. La couverture des gros et des petits risques

Il convient de faire la différence entre les gros et les petits risques. Ainsi nous allons présenter ces deux concepts pour les distinguer

A. Les gros risques

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses de soins importantes : hospitalisations, interventions

² Jean-Charles Guizouarn et Nicolas Marescaux, « Assurance Santé – segmentation et compétitivité », Economica, paris, 2004, p 174.

³ Pierre PETAUTON, « théorie et pratique de l'assurance vie », édition DUNOD, 4eme édition, paris, 2012,p134.

chirurgicales, accouchements et autres actes spécialisés. La probabilité de survenue de ces événements est faible. L'effort financier qu'ils demandent est en revanche très difficile à fournir pour la quasi-totalité des familles. Peu d'individus sont en effet en mesure de financer eux-mêmes et intégralement une intervention lourde, surtout si celle-ci nécessite de recourir à des prestataires de soins éloignés.

B. Les petits risques

Les petits risques concernent les cas les plus bénins qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence est nettement plus élevée que les gros risques. Sont notamment inclus dans cette catégorie les soins infirmiers, les consultations ou l'achat de médicaments.⁴

C. L'assurance est particulièrement adaptée aux gros risques

Les petits risques, sont des risques presque certains. Dans une année, il n'est pas rare de devoir aller au moins une fois consulter un médecin ou acheter des médicaments. Par conséquent, l'assurance, qui consiste à mettre en commun des cotisations pour couvrir les dépenses des seules personnes ayant recours aux soins, n'est pas beaucoup plus efficace qu'un système d'épargne où chacun met de l'argent de côté en prévision des dépenses de santé quasi certaines. La cotisation que chaque individu a, à payer, dans le cadre d'une Assurance Santé, est à peu près équivalente aux dépenses de santé que l'individu aurait effectué s'il n'avait pas été assuré.

A l'inverse les gros risques liés à des événements dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux. Avec un grand nombre d'adhérents, qui paient chacun une petite cotisation, nous pouvons couvrir les dépenses des personnes touchées par ces risques. L'assurance permet d'apporter une réponse efficace en répartissant les risques sur un nombre important d'individus. La cotisation que chaque individu a à payer est faible au regard des dépenses qu'il aurait dû effectuer lors de la survenue du risque s'il n'avait pas été assuré. Cependant, pour pouvoir prendre en charge les gros risques, la taille de la population couverte doit être suffisamment importante.⁵

⁴ Idem, page 134

⁵ Idem, page 135

2.3.1.2. Les services de santé habituellement couverts

Il existe plusieurs formes de services de santé remboursables, il convient donc de les énumérer

A. Les soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les postes de santé ou les centres de santé. Ils comportent les soins curatifs qui comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, et quelques analyses de laboratoire.⁶

B. Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux et les médicaments consommés au cours de l'hospitalisation.⁷

C. Les soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques, tels que la radiologie, et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation, soit lors d'une consultation.⁸

D. Les soins et prothèses dentaires

Les soins et prothèses dentaires, dispensés par des cabinets privés, constituent le plus souvent un service à part. Le produit peut prendre en charge les soins dentaires (traitement des caries principalement), et parfois les prothèses (appareils amovibles, couronnes).

E. La lunetterie

Les lunettes sont prises en charge à condition qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste, c'est-à-dire un médecin spécialiste des troubles de la vue. Le plus souvent la prise en charge est limitée aux verres, les montures n'étant pas prises en charge. Les prix des montures peuvent être très divers, si bien que lorsqu'elles sont couvertes, les montures sont souvent remboursées sur la base d'un forfait.

⁶ Thomas ROUSSET, « **tarification de l'assurance maladie et l'avenir de la santé** », EURIA, 2005, p26

⁷ Idem, p26.

⁸ Idem, p27

F. Les médicaments et autres consommables médicaux

En ce qui concerne les médicaments il est important de déterminer la liste de ceux qui seront pris en charge par cette assurance, ou de limiter la liste des médicaments couverts à celle des médicaments essentiels établie par le Ministère de la santé.

Etant donné la différence de prix entre les médicaments de spécialités et les génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers ou lorsque aucun générique n'est disponible les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.

Il est également conseillé de ne prendre en charge que les médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale (ordonnance).

Les consommables médicaux comprennent le petit matériel médical comme les sondes, les perfusions, les seringues, les pansements, etc. que les patients doivent se procurer avant de pouvoir bénéficier des soins ou pour pouvoir poursuivre le traitement à domicile. L'achat des consommables médicaux peut constituer une barrière financière gênant l'accès aux soins.

G. Le transport des malades

Le produit « Assurance Santé » peut prendre en charge les évacuations des malades soit d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire soit à l'étranger.⁹

2.4. Définir les formules de couverture

En assurance santé, et précisément en matière de maladie et soins annexe les besoins varient d'un client à un autre, c'est ainsi que certains services de santé sont considérés comme prioritaires par tous les clients ; D'autres services sont considérés comme importants mais non prioritaires. C'est pourquoi, nous utilisons plusieurs formules de couverture :

A. Une formule « de base » comportant des services de santé prioritaires

C'est le niveau « entrée de gamme » qui prend en charge le ticket modérateur et les soins ne dépassant pas la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

B. Des formules « étendues » comportant des services de santé prioritaires plus des services importants mais non indispensables

⁹ Ibid, p28.

C'est le niveau « milieu de gamme » qui va généralement au-delà des dépenses courantes et offre un meilleur remboursement, en cas d'hospitalisation par exemple.

C. Des garanties optionnelles que choisiront seulement les assurés qui jugent certains services indispensables

C'est le niveau « haut de gamme » qui couvre bien mieux les soins dentaires, optiques et autres actes comme les cures thermales.

2.5. Fixer les limites de couverture

Les limites de couverture se constituent de plusieurs éléments qui sont le ticket modérateur, le plafond ou le forfait, la limitation en nombre de jours et la franchise.

A. Le ticket modérateur

C'est la part du coût du service de santé couvert qui n'est pas prise en charge par l'assureur. Le ticket modérateur est toujours exprimé en pourcentage. Nous l'appelons ainsi parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé et de réduire les dépenses. Le ticket modérateur est un moyen efficace de lutter contre le risque moral, mais, lorsqu'il est élevé, il peut contribuer à limiter l'accessibilité aux soins.¹⁰

B. Le plafond ou le forfait « limitation en montant »

Le plafond ou forfait consiste à prendre en charge 100% des dépenses, dans la limite d'un forfait monétaire par cas, par séance, par jour ou par an.

¹⁰ Guizouarn, op-cit, p183.

C. La limitation en nombre de jours, de cas ou de séances

La limitation en nombre consiste à restreindre la prise en charge à un nombre maximal de jours, de cas ou de séances par personne et par an.

D. La franchise

Généralement, il existe trois formes de franchises, celles-ci peuvent être présentées de la manière suivante :

➤ **La franchise monétaire à chaque utilisation**

La franchise monétaire à chaque utilisation consiste à prendre en charge 100% des dépenses moins un montant, appelé franchise, qui reste toujours à la charge de l'assuré et qui n'est pas proportionnel aux dépenses réellement effectuées.

➤ **La franchise monétaire annuelle**

La franchise monétaire annuelle consiste à ne commencer à prendre en charge les dépenses de santé que lorsque les frais engagés par l'assuré au cours de l'année ont dépassé un montant (la franchise) qui reste à sa charge.

Ce type de paiement comporte un inconvénient majeur, il contribue à rendre la couverture peu visible par les assurés.

➤ **La franchise en nombre**

La franchise en nombre consiste de manière analogue à prendre en charge 100 % des dépenses moins un nombre de séances, de cas ou de jours, qui reste toujours à la charge de l'assuré.¹¹

3. Calcul de la prime

Pour calculer une prime, il convient de distinguer entre les différents types de prime et les méthodes qui leurs concordes.

¹¹ André MARTIN, op-cit, p98

3.1. Principe de calcul

Le calcul de la prime est effectué sur la base des dépenses de santé de la population observée (informations collectées). Cette prime doit permettre à l'assureur de Couvrir le risque c'est-à-dire la prise en charge des services couverts par le produit et financer les coûts de fonctionnement du produit.

Pour calculer la prime individuelle totale, c'est-à-dire celle correspondant à un individu, nous devons d'abord calculer la prime individuelle correspondant à chaque service couvert, ensuite on additionne les primes par service.

La prime individuelle totale est donc égale à la somme des primes calculées pour chaque service de santé tandis que la prime individuelle correspondant à un service de santé, est égale à la somme des éléments suivants : la prime pure corrigée, la charge de sécurité et les coûts unitaires de fonctionnement.¹²

$$\text{Prime (service de santé)} = \text{prime pure corrigée} + \text{charge de sécurité} + \text{chargements}$$

A. La prime pure

La prime pure correspond au coût moyen de la prise en charge pour chaque service couvert. C'est la dépense moyenne à prendre en charge par personne couverte. Il existe deux formules de calcul de la prime pure : la formule générale et la formule simplifiée qui est un cas particulier de la formule générale. Ces formules sont les suivantes :

¹² Pierre PETAUTON, op-cit, p136

➤ **Formule générale**

Prime pure (pour un service de santé) = probabilité d'utiliser ce service × quantité moyenne de prise en charge × coût moyen

➤ **Cas particulier de la formule générale**

Prime pure (pour un service de santé) = fréquence d'utilisation de ce service × coût unitaire moyen

3.2. Correction de la prime pure

Une fois que la prime pure a été calculée pour chaque service de santé, il est possible de l'ajuster en fonction des caractéristiques individuelles ayant un impact sur la consommation médicale de ce service.

Il s'agit notamment des caractéristiques suivantes : l'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle (certaines professions sont plus exposées que d'autres à certaines maladies et donc à la consommation de certains services de santé).

3.2.1. Prise en compte des risques de dérive de l'assurance

A. Risque moral

Le risque moral est un phénomène par lequel les assurés ont tendance à consommer plus que d'ordinaire les services couverts, car ils se savent assurés.

Ces derniers ont tendance à modifier leur consommation médicale pour profiter au maximum des prestations offertes.¹³

B. Le risque de sur prescription

Le risque de sur prescription est un phénomène par lequel les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.¹⁴

¹³ Idem, page 136

¹⁴ Idem, page 136

C. La sélection adverse

La sélection adverse est un phénomène par lequel les personnes présentant un risque élevé de maladie adhèrent en grand nombre, et les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier.

Si le contrat d'assurance propose plusieurs formules de couverture, la sélection adverse se manifeste aussi lorsque les couvertures les plus complètes sont choisies en priorité par les personnes présentant un risque fort de maladie.

Le coût du risque de ces individus est supérieur au coût moyen observé dans la population cible totale et donc à la prime pure calculée pour un individu de référence. Ce phénomène peut compromettre la viabilité financière du produit car il entraîne un niveau de dépenses par personne couverte « plus élevé que prévu ». ¹⁵

D. Les cas catastrophiques

Les cas catastrophiques sont des événements qui touchent une grande partie de la population couverte (épidémies) et/ou dont les coûts unitaires sont élevés comme une hospitalisation très coûteuse. L'occurrence de cas catastrophiques peut mettre en péril la viabilité financière du système de micro-assurance santé.

3.2.2. Impact de ces risques

Il est difficile de chiffrer l'impact de ces risques sur la prime. Le risque moral et les sur-prescriptions, en particulier, ne concernent pas tous les individus et peuvent énormément varier d'une population à l'autre.

Tout au plus, l'assureur peut se prémunir contre ces risques en effectuant un choix judicieux des services couverts et des niveaux de prise en charge :

- Choisir avec précaution les services de santé couverts : éviter de prendre en charge les hospitalisations programmées, exclure pour médicaments les vignettes rouges, limiter la prise en charge des médicaments aux génériques ou à une liste de médicaments essentiels ;
- Proposer des niveaux de prise en charge croissants avec le nombre d'années d'affiliation ;
- Effectuer un choix judicieux et prudent des niveaux de prise en charge : éviter notamment de prendre en charge 100% des dépenses engagées, instaurer des limitations en

¹⁵ Ibid, page 29

nombre et en montant dans la couverture de certains soins de santé, instaurer des franchises en nombre et en montant.

3.3. Calcul de la charge de sécurité

La charge de sécurité permet principalement de se prémunir contre le risque statistique, dans la population couverte, la proportion de consommateurs de chaque service de santé soit supérieure à la proportion initialement calculée à partir des données de consommation de la population cible.

Le risque d'écart est d'autant plus important que la taille de la population couverte (N) et que la probabilité de consommer le service de santé concerné (p) sont faibles. Ainsi lorsque le nombre de personnes assurées est faible et que le risque couvert est très aléatoire (ex : hospitalisation, accouchement par césarienne ou autres interventions chirurgicales) le risque de déviation est maximum.

Ce risque est traduit par le coefficient (N, p) et la charge de sécurité est égale à :

$$\text{Charge de sécurité} = \text{Coefficient (N, p)} \times \text{Prime pure}$$

Où N = nombre de bénéficiaires et p = la probabilité de consommer l'acte Plus N et p sont élevés plus le coefficient diminue et la charge de sécurité est faible

La charge de sécurité telle qu'elle est présentée ici vise à couvrir le possible écart aléatoire avec la valeur moyenne ayant servi au calcul. Elle est déterminée uniquement par des lois mathématiques.

Le coefficient (N, p) est calculé en utilisant l'une des propriétés de la loi normale centrée réduite : le calcul d'un intervalle de confiance qui comprend la proportion attendue de consommateurs du service avec 99% de chances.

3.4. Le calcul des coûts unitaires de fonctionnement

Cet élément de la cotisation correspond aux coûts de fonctionnement du produit Assurance Santé rapportés à chaque individu.

Il peut être fixé approximativement la première année, ensuite le revoir, souvent à la hausse les années suivantes. Les coûts unitaires de fonctionnement sont alors calculés en

estimant les coûts de fonctionnement totaux puis en les divisant par le nombre prévisionnel de bénéficiaires.

Les années suivantes l'estimation des coûts unitaires de fonctionnement est plus précise car elle repose sur l'observation des coûts de fonctionnement des exercices précédents.

3.5. Le calcul de la cotisation totale

La formule de calcul de la prime permet d'obtenir la prime par individu, par service de santé couvert et par an. Par conséquent :

- Si plusieurs services de santé sont couverts, la prime individuelle totale est égale à la somme des primes calculées par service ;
- La prime annuelle peut être fractionnée en versements quotidiens, mensuels, trimestriels, etc., en fonction de la périodicité adoptée. Celle-ci doit en effet être adaptée aux caractéristiques des revenus de la population assurée ;
- La prime d'une famille ou d'un groupe de personnes peut être calculée :
- En multipliant la prime individuelle totale par le nombre exact de membres de la famille ou du groupe ;
- En la multipliant par un nombre moyen identique pour toutes les familles ou groupes : dans ce cas les familles importantes sont avantagées. ¹⁶

Après avoir présenté la tarification et ces aspects et techniques, nous sommes en mesure de transposer certains éléments sur un modèle pratique. Toutefois, avant de pratiquer, il convient de présenter le contexte dans lequel s'inscrit notre travail. Pour notre part, le travail consiste donc à présenter le marché algérien dans la section qui suit.

¹⁶ André MARTIN, op-cit , p107.

Section02 : Le marché Algérien de l'assurance de personnes

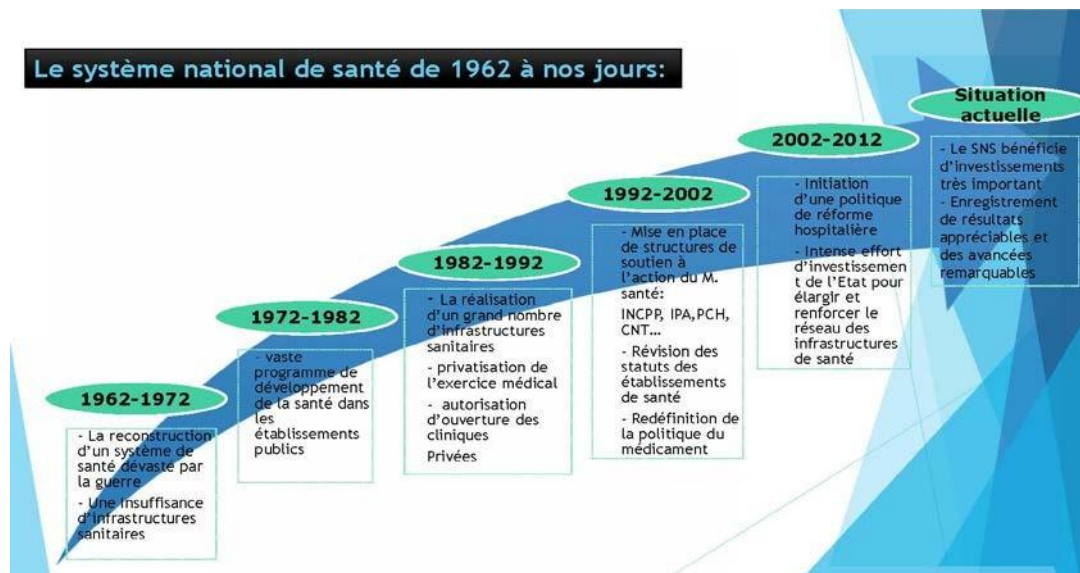
Pour pouvoir mettre en pratique nos acquis, il est nécessaire de présenter le contexte étudié. De ce fait, dans cette section, nous présentons le marché des assurances santé en Algérie et son évolution. Cela nous permettra de comprendre les dynamiques de ce marché ainsi que les différentes politiques de tarification envisageable.

1. Système de santé de l'Algérie

Le système de santé en Algérie a été hérité après l'indépendance de la colonisation française, et il a continué à travailler pendant plusieurs années. En 1974, l'Etat a approuvé le traitement gratuit dans les infrastructures de santé, comme il a été créé des fonds de sécurité sociale et les compagnies d'assurance.

Économie algérienne a été profondément impressionné par le résultat de la crise de 1986, avec des revenus l'Algérie est devenue presque inexistante et ce est ce que beaucoup d'impact sur le secteur de la santé et du développement social à l'instar de l'éducation, la préparation et le financement du système de santé touchés.¹⁷

Figure N° 01 : Evolution du système de santé national



Source : système de santé et population en Algérie

¹⁷Fatima-Zohra OUFRIHA, Système de santé et population en Algérie, édition Anep, Algérie, 2009, p17

Des programmes de prévention et de soins concernant la protection maternelle et infantile et la plupart des maladies transmissibles ont été appliqués depuis les années 1970 ; la gratuité de ces soins à partir de 1974 ainsi que le système de protection sociale ont facilité un accès élargi aux soins médicaux.

Les infrastructures sanitaires publiques sont réparties dans tout le pays ; en effet, les inégalités de répartition des services de santé antérieure à l'indépendance ont été corrigées progressivement ; en 2007 le nombre d'habitants par centre de santé se situait entre 20 000 et 28 000 personnes dans chaque région¹⁸.

Par contre, la répartition des structures publiques plus importantes telles que les polycliniques et les hôpitaux reste encore inégale, le nombre d'habitants par polyclinique dans la région du sud est de 70 000 personnes, et la majorité des centres hospitaliers universitaires se situent dans les grandes villes Nord.

2. Système de la sécurité sociale Algérien

Les organismes de sécurité sociale et à travers les missions qui lui sont confiées, régule une partie importante de l'offre des soins par des actions préventives, curatives et même de correction. La place et l'étendue de cette tâche, il faut le préciser, diffère d'un pays à un autre et d'une économie à une autre en fonction de plusieurs variables qui sont généralement, la place du système de santé et de prévoyance dans l'économie d'un pays, l'étendue de la politique sociale et surtout les moyens financiers dont sont disposés les individus et la société toute entière à mettre en place pour s'assurer contre les différents risques dont ils sont prêts à couvrir.

En Algérie, cette question a été très tôt régulée par l'État indépendant parce que les principes et le choix pour le socialisme ne pouvant laisser une telle question au libre choix des individus. Ainsi, l'organisme de la sécurité sociale en Algérie a été appelé dès l'indépendance à participer au financement des « grands projets » initiés par l'Etat. Cela se passe au début des années 70 ; depuis, il est considéré comme l'un des piliers des politiques sociales à travers le financement d'un grand nombre de projets sociaux, de santé, de prévoyance et de solidarité.

La sécurité sociale a connu en Algérie plusieurs étapes qui correspondent à des organisations différenciées selon les objectifs et les fondements de chaque période. Avant

¹⁸ Rapport national du développement humain - ALGERIE 2007

l'institution de la médecine gratuite, les régimes existants entretenaient des rapports essentiellement financiers avec le secteur public et privé de la santé. Les prestations médicales (en espèces ou en nature) dispensées aux assurés sociaux et à leur ayants droits sont financées selon les mécanismes de remboursement pour les soins ambulatoires et du tiers payant pour les hospitalisations. Pour les soins ambulatoires, l'assuré social avance des frais des prestations et se fait rembourser au taux de 80 % ou de 100 % lorsqu'il est exonéré du ticket modérateur. Les frais d'hospitalisation des assurés sociaux et de leurs ayants droit (disposant d'une prise en charge délivrée par les caisses de sécurité sociale) sont réglés selon la procédure du tiers payant.

Cette dernière consiste en un paiement après facturation par les hôpitaux, établissement public aux cliniques privées conventionnées.¹⁹

Le remboursement s'effectue sur la base d'un prix de journée négociée entre les départements et les caisses de sécurité sociale. Pour le cas des cliniques non conventionnées, l'assuré est obligé d'avancer les frais et de se faire rembourser plus tard sur la base d'un dossier médical.

La proclamation de la médecine gratuite en 1973 a mis fin à cette procédure et fut remplacé par une nouvelle méthode de financement publique dite « budget global ».

3. Marché Algérien de l'assurance de personnes²⁰

Tableau N° 01 : Production du secteur des assurances du 1er trimestre 2017

En DA	Chiffre d'affaires		Structure du marché		Evolution T1-2017/T1-2016	
	T1 2017	T1 2016	2017	2016	en %	En valeur
Assurances de dommages	32 522 663 100	35 578 292 662	91,3 %	91,6 %	-8,6 %	-3 055 629 562
Assurances de Personnes	3 086 873 790	3 248 838 555	8,7 %	8,4 %	-5,0 %	-161 964 764.8
Marché direct	35 609 536 890	38 827 131 217	100 %	100 %	-8,3 %	-3 218 433 004
Acceptations internationales	660 951 896	566 767 519	1,8 %	1,4 %	16,6 %	94 184 377
Total Marché	36 270 488 787	39 393 898 737	100 %	100 %	-7,9 %	-3 123 409 950

Source : d'après les notes de conjoncture du CNA

¹⁹ Larbi Lamri, le système de sécurité sociale Algérie, une approche économique, OPU, pp 27 - 28, 2004.

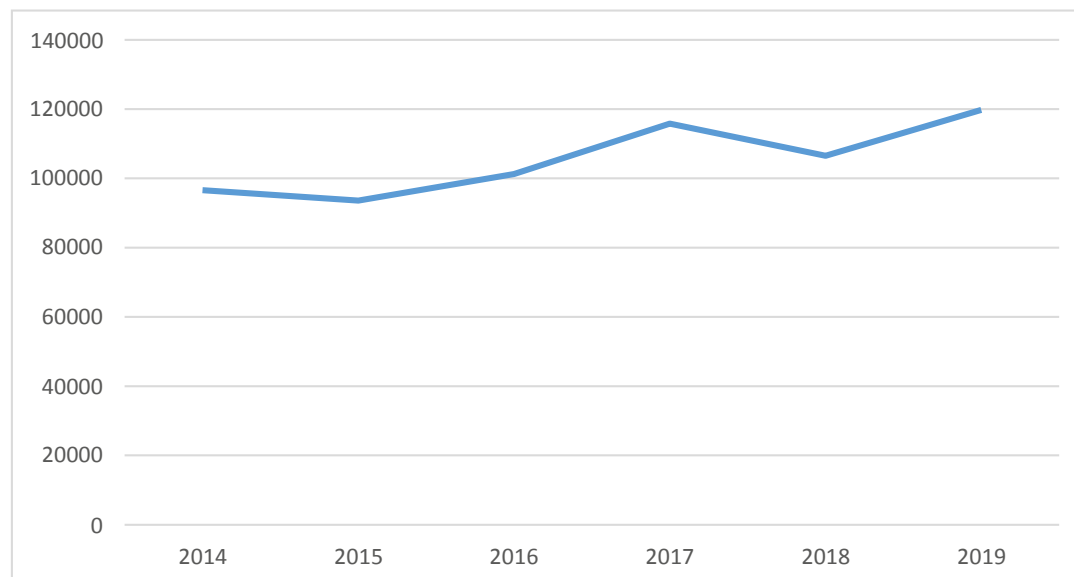
²⁰ www.CNA.dz

Tableau N° 02 : Evolution de la production des assurances de personnes (2014/2019)

Branches	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Assurance de personnes						
Vie-Décès	26 739	29 394	35 815	46 669	43 131	44 785
Prévoyance collective	22 785	20 652	20 452	27 963	27 152	35 538
Assistance	25 051	24 990	25 408	25 524	22 507	22 004
Accident	16 564	13 926	14 380	14 602	12 990	16 611
Maladie	5 178	4 459	5 217	1 043	645	836
Capitalisation	294	176	-	-	100	25
Total vie	96 611	93 597	101 272	115 801	106 525	119 799

Source : marché algérien de l'assurance sur <https://www.atlas-mag.net>

Figure N° 02 : Evolution de la production des assurances de personnes (2014/2019)



Source : établis par nous-même sur la base du tableau N°02

3.1. Assurances de dommages

Au terme du premier trimestre 2017, le chiffre d'affaires réalisé par les assurances de dommages s'élève à 32,5 milliards de DA, soit une baisse de 8,6% comparativement au

premier trimestre 2016 et une part de marché de 91,3%

3.2. Assurances de personnes

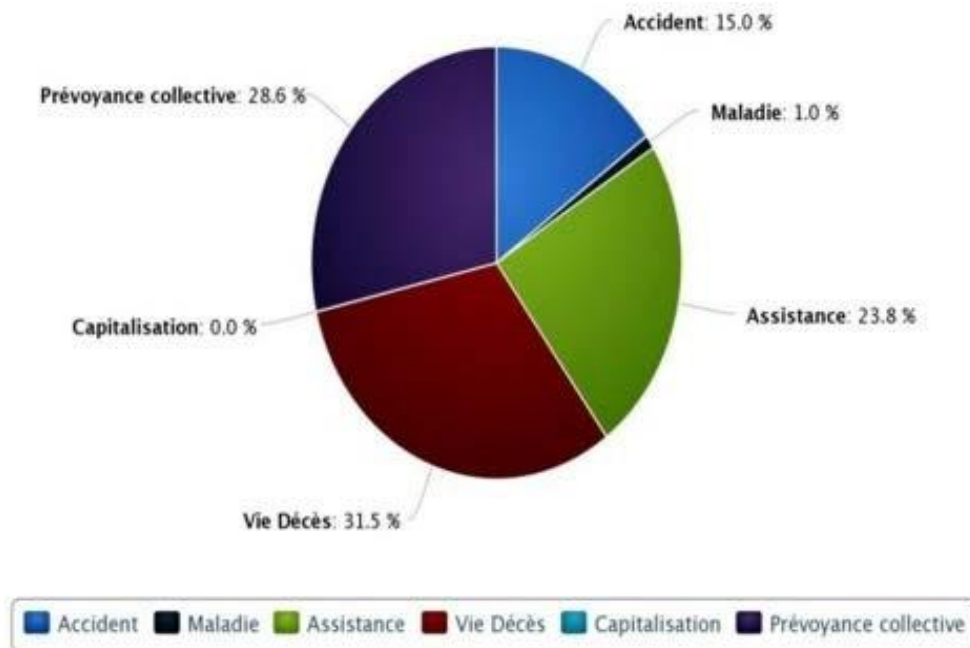
La production des assurances de personnes a enregistré, au premier trimestre 2017, un chiffre d'affaires d'un peu plus de 3 milliards DA, marquant ainsi un repli de 5% par rapport au premier trimestre 2016. Toutes les branches affichent un accroissement de la production véhiculé essentiellement par la branche « vie-décès ». Cependant, la régression de la branche « prévoyance collective », avec près de -37%, a freiné le niveau de croissance globale de l'activité.

Tableau N° 03 : Production des assurances de personnes au 31/03/2017

En DA	Chiffre d'affaires		Structure du marché		Evolution T1 2017/T1 2016	
	T1 2017	T1 2016	2017	2016	En %	En valeur
Accident	464 149 895	421 917 085	15,0%	13,0%	10,0%	42 232 811
Maladie	32 028 692	30 199 288	1,0%	0,9%	6,1%	1 829 404
Assistance	734 890 687	708 628 088	23,8%	21,8%	3,7%	26 262 599
Vie Décès	971 915 124	691 879 850	31,5%	21,3%	40,5%	280 035 275
Capitalisation	0	0	0%	0%	0, %	0
Prévoyance collective	883 889 392	1 396 214 245	28,6%	43,0%	-36,7%	-512 324 853
Total	3 086 873 790	3 248 838 555	100%	100%	-5,0%	-161 964 765

Source : d'après les conjonctures de la CNA

Figure N° 03 : Structure de la production des assurances de personnes par branche au 31/03/2017



Source : d'après les notes de conjoncture de la CNA

Le marché Algérien de l'assurance de personnes est principalement constitué de six branches : accidents, maladie, assistance, vie décès, capitalisation, prévoyance collective.

Notre intérêt se porte sur l'assurance maladie dont la production est assez faible par rapport aux autres branches avec un pourcentage de 1%. On peut expliquer cela par un manque de culture d'assurance conjuguée à l'absence d'offensif marketing de la part des assureurs.

Tableau N°04 : indemnités des sociétés d'assurance de personnes par branche (2014/2015)

En millions de DA	2014			2015		
	Nombre	Montant	Part	Nombre	Montant	Part
Accidents	677	196	7.7%	329	90	3.4%
Maladie	52100	366	14.4%	80671	303	11.5%
Assistance	3967	236	9.3%	2830	491	18.6%
Vie-décès	586	400	15.7%	100	324	12.3%
Prévoyance collective	10483	1352	53%	9855	1433	54.3%
Total	67813	2550	100%	93785	2640	100%

Source : notes de conjoncture de la CNA.

En **2015**, les sinistres réglés au titre des assurances de personnes sont de l'ordre de **2.6** milliards de DA, soit une hausse de **(6.9%)** par rapport à **2014**. La branche « prévoyance collective » s'accapare une part de **(54.3%)** soit un montant de **1.4** milliards de DA. la branche « assistance » totalise un montant d'environ 491 millions de DA soit **(18.6%)**, de la branche « vie et décès » avec un taux de **(12.3%)** affichant ainsi un montant de **324** millions de DA.

Par ailleurs, les branches « maladie » et « accidents » représentent des taux respectifs de **(11.5%)** et **(3.4%)**.

Tableau N°05 : sinistre à payer des sociétés d'assurances de personnes par branche (2014/2015)

En millions de DA	2014			2015		
	Nombre	Montant	Part	Nombre	Montant	Part
Accidents	1439	191	6.5%	1110	273	9.6%
Maladie	1736	491	16.7%	546	305	10.7%
Assistance	1191	298	10.1%	464	121	4.3%
Vie-décès	367	366	12.4%	378	336	11.8%
Prévoyance collective	1055	1596	54.2%	1260	1808	63.6%
Total	5788	2942	100%	3758	2843	100%

Source : notes de conjoncture de la CNA

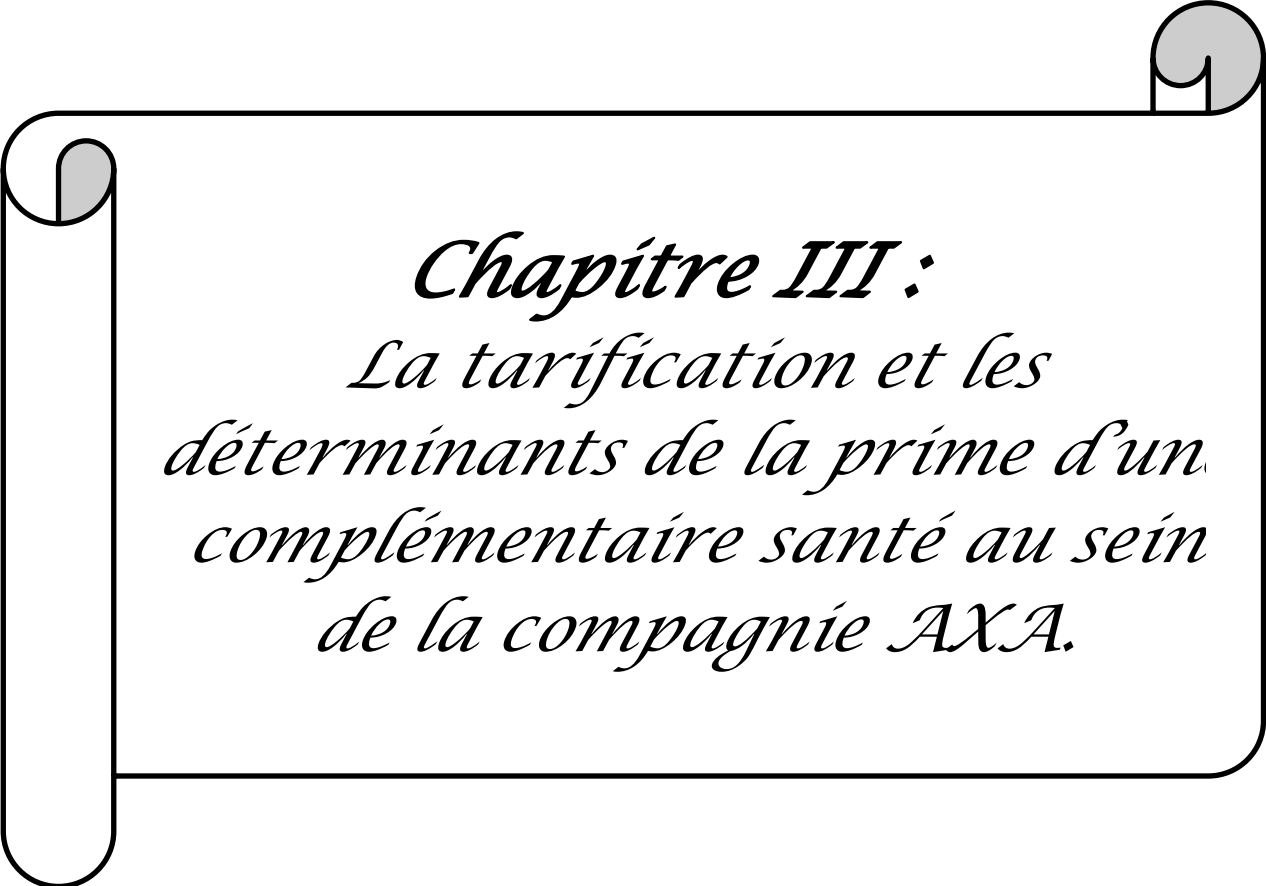
(63.6%) des stocks restant à payer concernent la « prévoyance collective » avec un montant de 1.8 milliards de DA, suivie par la branche « vie-décès » avec 336 millions de DA et une part de (11.8%). Les branches « accidents », « assistance » et « maladie » disposent de part respective de (9.6%), (4.3%) et (10.7%).

Conclusion

Tout au long de ce chapitre, nous avons tenté de présenter une vue d'ensemble sur la situation du marché Algérien et donc un aperçu général en chiffres et en volume sur celui-ci.

Le marché d'assurance de personnes Algérien est un marché jeune mais voué à un développement important dans le futur. Pour cette raison, il est important pour nous, dans ce contexte de concurrence accrue sur ce marché de parfaitement gérer le risque santé en appliquant des méthodes et techniques de tarification pour répondre au mieux aux besoins de la population.

Dans le prochain chapitre, nous allons tenter d'appliquer la méthode de tarification sur un produit d'assurance santé individuelle en suivant la méthodologie appliquée au sein d'une compagnie d'assurance Algérienne.



Chapitre III :
La tarification et les
déterminants de la prime d'un
complémentaire santé au sein
de la compagnie AXA.

Introduction du chapitre

Avant de mettre en pratique les éléments développés précédemment, il nous semble nécessaire de prendre connaissance du produit dont on se propose d'élaborer une tarification ainsi que des données du portefeuille de l'organisme d'accueil.

Dans une première section nous nous proposons de présenter notre organisme d'accueil « Axa Algérie » ainsi que le produit « santé collective » objet de notre tarification. Dans la deuxième section nous présentons les différentes spécificités de détermination de la prime d'un produit d'assurance santé.

Section 01 : La santé collective au sein d'Axa Algérie.

1. Présentation d'Axa Algérie

1.1 Historique

Axa Assurance Algérie est une filiale du groupe Français Axa Assurance installée en Algérie depuis 2009.

La compagnie a obtenu l'agrément d'exercer l'assurance de dommage le 05 Octobre 2011 (Axa Assurance Algérie Dommage) et l'assurance vie le 03 Novembre 2011 (Axa Assurance Algérie Vie).

Le lancement effectif des opérations et l'ouverture de l'agence Yasmine de Cheraga ont eu lieu en Décembre 2011.

La filiale du groupe Axa en Algérie est le fruit d'un partenariat entre Axa Algérie (49%), La Banque Extérieure d'Algérie (15%) et le Fond National d'Investissement (36%).

1.2. Carte d'identité d'Axa Algérie

Dénomination : Axa Assurance Algérie.

CEO Axa Algérie Dommage : Pierre VASSEROT

Capital : Axa Algérie Dommage (3.15 milliards de dinars) ; Axa Algérie Vie (2.25 milliard de dinars).

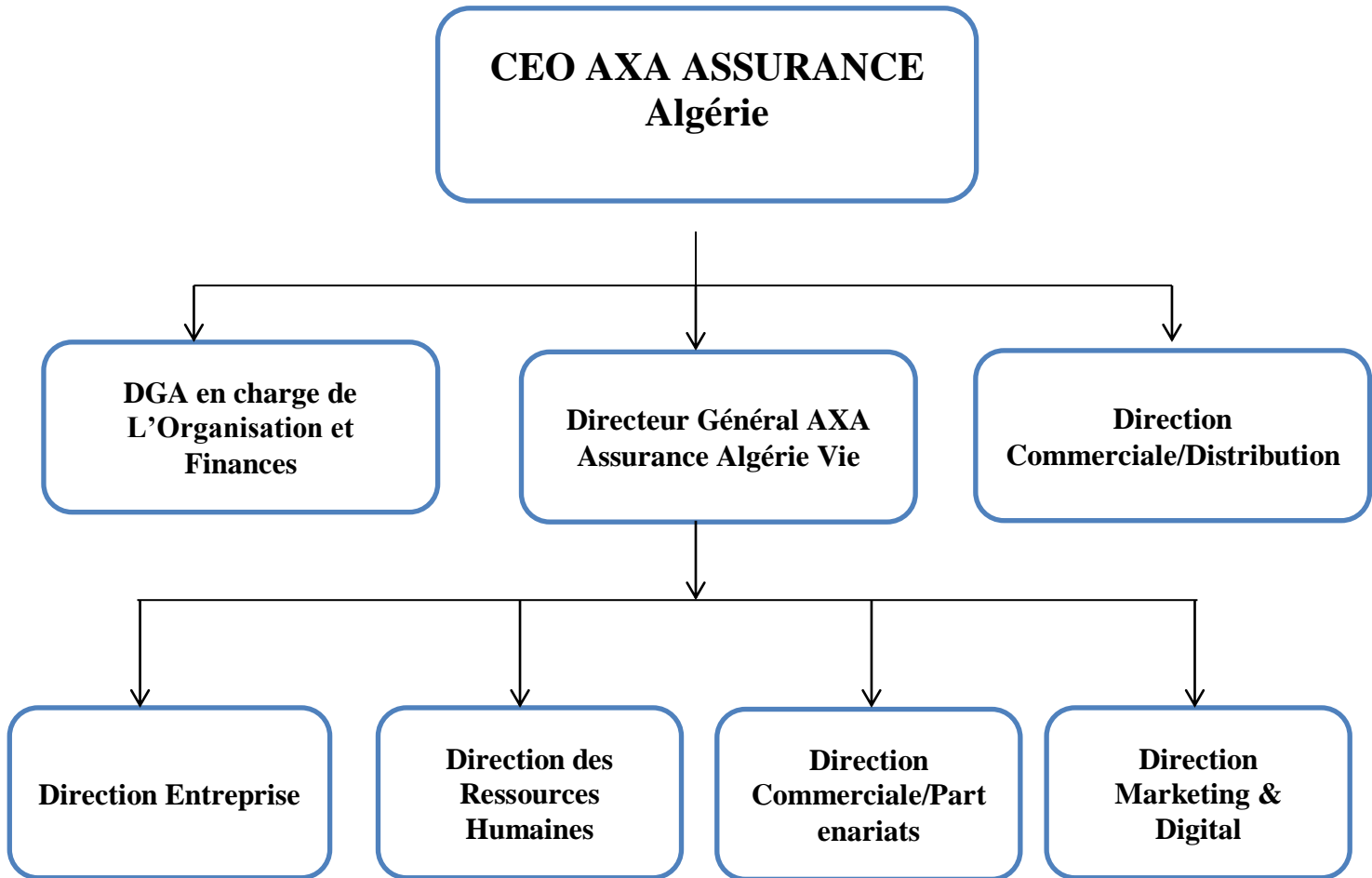
Adresse : Lotissement 11 décembre 1960 lots 08 et 12, El Biar ALGER

16030 Réseau d'agences : 68 agences présentes sur 26 wilayas. Accords de bancassurance : BEA, SGA, BNP, AGB, CPA.

1.3. Organigramme d'Axa Algérie

La figure ci-dessus représente l'organigramme d'Axa Algérie.

Figure n° 01 : Organigramme d'Axa Algérie



Source : Document interne à Axa Algérie

2. Présentation de la direction Finance et organisation

2.1. Présentation de la direction finance et organisation

La direction finance et organisation d'Axa Algérie est composée de quatre services :

- Service de trésorerie
- Service de comptabilité
- Service de contrôle de gestion
- Service d'actuariat

2.2. Les objectifs de la direction technique

La direction technique a pour mission de réaliser des études actuarielles et statistiques.

Les actuaires qui la composent sont chargés de :

- ✓ L'évaluation et la garantie de la rentabilité technique de l'entreprise.
- ✓ S'assurer de la solvabilité de l'entreprise.
- ✓ Fournir une aide à la décision à différents départements connexes.
- ✓ S'assurer de la « bonne » tarification pour chacun des clients d'AXA.

2.3. Les missions des actuaires au sein d'Axa Algérie

Dans les compagnies d'assurances, l'actuaire anticipe les risques financiers que prend l'entreprise dans la gestion des contrats. L'actuaire évalue en temps réel si les réserves sont suffisantes pour faire face aux dépenses.

Leurs missions au sein d'Axa Algérie sont les suivantes :

- Inventaire technique (évaluation de différents Key Performance Indicator (KPI) « Loss ratio, fréquence, coût moyen, ... ». Suivi de rentabilité.
- Tarification (pricing).
- Reserving : Evaluer les risques en cours et le bon provisionnement de la société face aux engagements envers ses assurés.

3. Présentation du produit santé collective

3.1. Présentation de l'offre santé d'Axa Algérie

Il s'agit d'un contrat d'assurance de groupe qui engage le souscripteur et l'assureur, conjointement désignés aux Conditions Particulières. Il a pour objet de garantir aux adhérents, des prestations de santé, si elles sont mentionnées aux conditions particulières.

Cette assurance couvre les frais médicaux engagés par les personnes assurées en Algérie ou lors de leur séjour à l'étranger.

Elle rembourse différents actes médicaux :

- Honoraires médicaux ;
- Actes exploratoires ;
- Hospitalisation ;
- Pharmacie ;
- Maternité ;
- Dentaire ;
- Optique.

Axa Assurances Algérie propose un service « Tiers payant santé » lors de la souscription à ce contrat.

Ce service permet à l'adhérent et à ses bénéficiaires de l'assurance santé de ne pas avancer des frais de santé pris en charge par son contrat dans les établissements conventionnés. Ainsi il restera à la charge de l'assuré que la partie non couverte par sa formule.

Les personnes qui peuvent bénéficier de ce contrat sont¹ :

- L'adhérent ;
- Le conjoint de l'assuré non salarié ;
- Les enfants à charge de l'adhérent au sens de la sécurité sociale ;
- Les parents de l'adhérent à sa charge exclusive au sens de la Sécurité Sociale.

Le montant des prestations de santé vient toujours en complément des remboursements

¹ Article 05 ; Axa Algérie ; Conditions générales/Santé ; page 5.

effectués par la Sécurité Sociale. Toutefois, le cumul entre les remboursements effectués par l'assureur, et ceux effectués par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme de prévoyance ne peut être supérieur aux débours réels engagés par l'adhérent et dans les limites fixées aux Conditions Particulières.²

3.2. Les prestations assurées

L'offre santé d'Axa couvre plusieurs garanties, qui sont comme suit :

❖ Soins médicaux

Les soins médicaux doivent être donnés ou prescrits par un médecin diplômé et reconnu comme tel par la Sécurité Sociale.

Les frais engagés sont remboursés suivant le barème prévu aux Conditions Particulières.

❖ Pharmacie

La garantie est limitée aux médicaments prescrits par le médecin suivant ordonnance et remboursés par la Sécurité Sociale, (sauf convention contraire mentionnée aux Conditions Particulières).

Les frais engagés sont remboursés suivant le barème prévu aux Conditions Particulières.

❖ Frais de séjours en clinique ou à l'hôpital

Cette garantie prend effet lorsque l'hospitalisation a lieu dans un hôpital ou une clinique, qu'il y ait ou non intervention chirurgicale, le séjour doit être prescrit par le médecin traitant.

Les frais engagés sont remboursés suivant le barème prévu aux Conditions Particulières.

❖ Prothèse auditives et orthopédiques

Les appareils de prothèse sont remboursés suivant le barème figurant aux Conditions Particulières.

Toutefois, le renouvellement doit être prescrit par le médecin traitant et pris en charge par la Sécurité Sociale.

❖ Soins et prothèses dentaires

Les soins et les prothèses dentaires sont remboursés en complément de la Sécurité Sociale suivant le barème des Conditions Particulières. Toutefois, la prise en charge des prothèses dentaires est subordonnée à l'accord préalable de l'assureur après remise d'un devis

² Article 12 ; Axa Algérie ; Conditions générales/Santé ; page 8.

détaillé établi par le chirurgien-dentiste traitant.

❖ **Lunetterie**

Les frais de lunetteries sont remboursés en complément de la Sécurité Sociale, et dans Les limites au barème annexé aux Conditions Particulières. Lorsque le médecin prescrit le port des lunettes de près et de loin, la garantie joue pour chacune des paires.

Les lentilles ou verres de contact sont pris en charge dans les limites du barème figurant aux Conditions Particulières.

❖ **Cures thermales**

La garantie est conditionnée par la prise en charge de la Sécurité Sociale.

Les frais de cure thermale sont remboursés suivant le barème des Conditions Particulières.

Section 02 : spécificités de détermination de la prime de tarification sur l'assurance santé

1. Présentation et traitement des données

Les données ont été extraites sur les deux dernières années (2017-2018) de la base de données santé d'Axa Algérie.

Les bases de données mises à disposition sont : la base de données « production » et la base de données « sinistres ».

La base de données sinistre utilisée pour la modélisation est arrêtée au 31/12/2017.

1.1. Retraitement des bases de données

A la base « sinistres », nous avons ajouté de nouvelles variables :

- 1- Famille de garantie : Nous avons essayé de grouper le maximum de garanties qui se trouvent dans la description des lettres clef ;
- 2- Accident Year : Elle correspond à l'année de soins. Elle a été obtenue grâce à la fonction année sur Excel ;
- 3- Age : Il a été tiré à partir de la date de naissance ;
- 4- Exposure : Elle correspond à l'année police

Nous avons ensuite consolidé la base de donnée « sinistres » sur le logiciel SAS afin d'obtenir une base qui contient :

DNI : numéro attaché au bénéficiaire ; Famille de garantie ;

Charge _sinistre : Montant total des règlements par famille de garantie ; Nombre de sinistres : Correspond au nombre de sinistre par famille de garantie.

1.2. Base finale

Afin de pouvoir effectuer une modélisation de la prime pure, il est nécessaire de faire une jointure entre la base de données « production » et « sinistres ».

On a donc effectué une jointure des deux bases à l'aide du logiciel SAS pour obtenir au final une base constituée des variables suivantes :

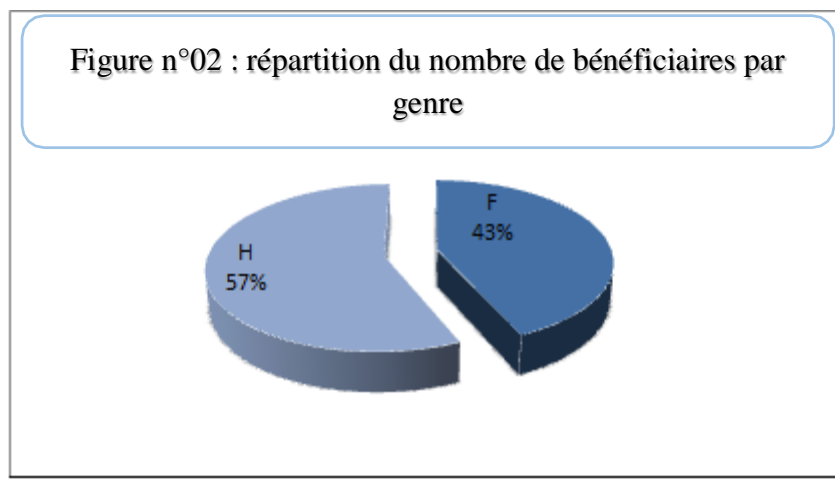
1. Contrat en cours : correspond au numéro de police ;
2. Numéro _adhésion ;
3. DNI : correspond au numéro attaché directement au bénéficiaire ou à l'adhérent ;
4. Nom : du bénéficiaire ;
5. Prénom : du bénéficiaire ;
6. Sexe : « H » pour homme, « F » pour femme ;
7. Genre DNI : « Adhérent » ou « bénéficiaire »
8. Dt _naissance : celui du bénéficiaire ;
9. Type bénéficiaire : « Adhérent », « Ascendant », « Conjoint », « Descendant » ;
10. Numéro de téléphone ;
11. Client : nom de l'entreprise ;
12. Date d'effet du contrat ;
13. Date d'échéance du contrat ;
14. Accident Year : année d'observation ;
15. On a des colonnes qui donnent le nombre de sinistres pour chaque famille de garantie
16. On a aussi des colonnes qui donnent le montant de sinistres pour chaque famille de Garantie.

Nous avons ensuite supprimé toutes les colonnes de garanties qui correspondent à des prestations forfaitaires, car ce sont des variables déterministes dont le montant est connu d'avance.

2. Statistiques descriptives du portefeuille

Pour une meilleure connaissance de notre population, une étude statistique s'impose, dans le but d'essayer de faire ressortir les caractéristiques de notre portefeuille et tarifier au mieux notre produit.

2.1. La répartition du nombre de bénéficiaires par sexe

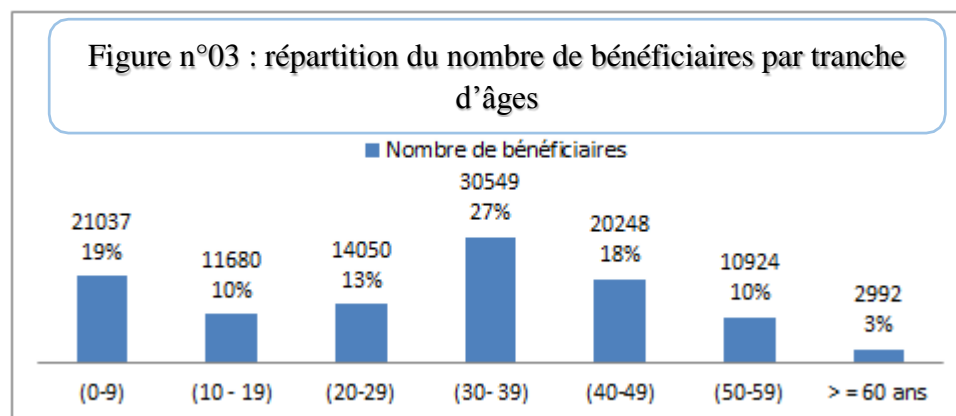


Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Ce graphique représente la répartition du nombre de bénéficiaires selon le critère du ~~se~~ (Homme/Femme).

Nous constatons que le pourcentage des hommes (57%) est supérieur à celui des femmes (43%).

2.2. La répartition du nombre de bénéficiaires par tranche d'âge



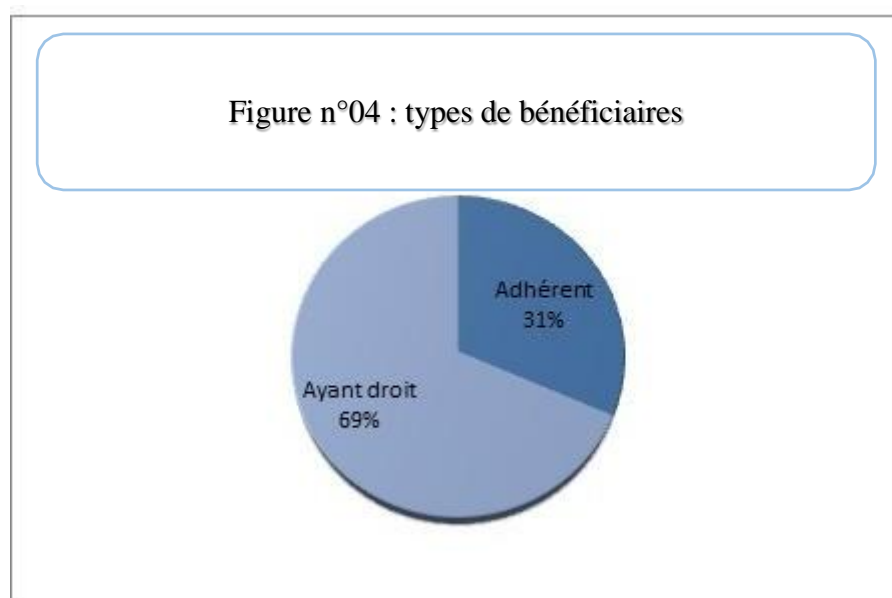
Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Nous constatons que le pourcentage des assurés âgés entre 30 et 39 ans est le plus grand.

2.3. Répartition du nombre de bénéficiaires par type :

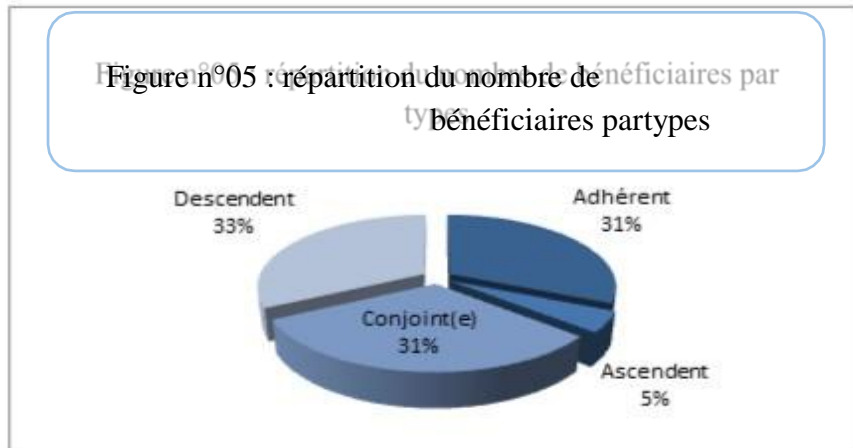
Avant d'examiner les graphiques, on doit préciser ce qu'on veut dire par bénéficiaire. Le bénéficiaire peut faire partie des :

- ✓ Adhérent : C'est la personne qui souscrit au contrat.
- ✓ Ayant droit : C'est la personne qui bénéficie de la couverture d'assurance de l'adhérent. Elle peut être :
 - ✓ Ascendant : Ce sont les parents de l'adhérent.
 - ✓ Conjoint(e).
 - ✓ Descendant : Ce sont les enfants de l'adhérent.



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

On constate que le nombre des ayants droits est beaucoup plus important que le nombre d'adhérents, avec 69%.



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

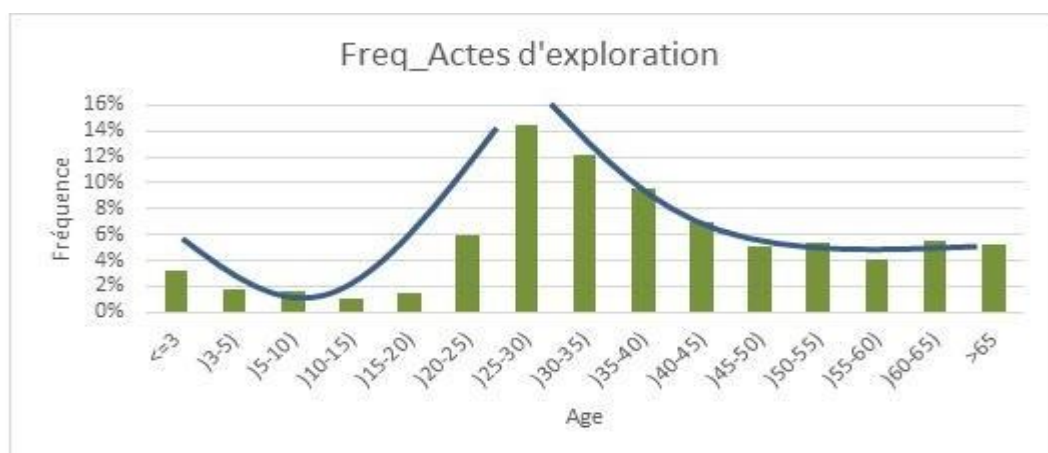
On constate que le pourcentage d'adultes (67%) est beaucoup plus important que celui des enfants (33%).

3. Analyse de la fréquence de sinistres

Dans cette section, nous analyserons les fréquences des sinistres suivants les variables explicatives. En effet, avant de passer à la modélisation à proprement dite, il est important de donner du sens aux phénomènes que l'on observe. Pour ce faire, nous allons simplement analyser les courbes de fréquences de sinistres.

3.1. Analyse suivant l'âge de l'assuré

Figure n° 06 : Fréquence d'actes d'exploration en fonction de l'âge de l'assuré



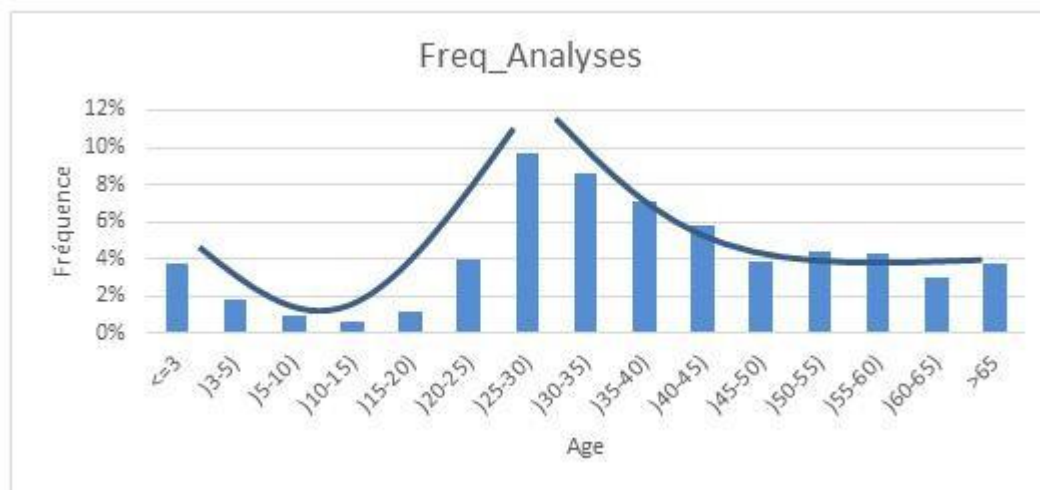
Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Figure n°07 : Fréquence des consultations en fonction de l'âge de l'assuré



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Figure n° 08 : Fréquence des analyses médicales en fonction de l'âge de l'assuré



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Des trois figures, des tendances claires apparaissent. En effet, les fréquences des différentes garanties suivent plus au moins la même tendance avec une forme en J ou en U jusqu'à l'intervalle] 25-30ans] avec un pic de fréquence puis une décroissance jusqu'à l'intervalle] 65 ans et plus [.

Ce genre de courbe s'explique d'une manière très rationnelle. En effet, les nourrissons sont de forts consommateurs d'assurance santé (maladies fréquentes jusqu'à 5ans). D'ailleurs, cela

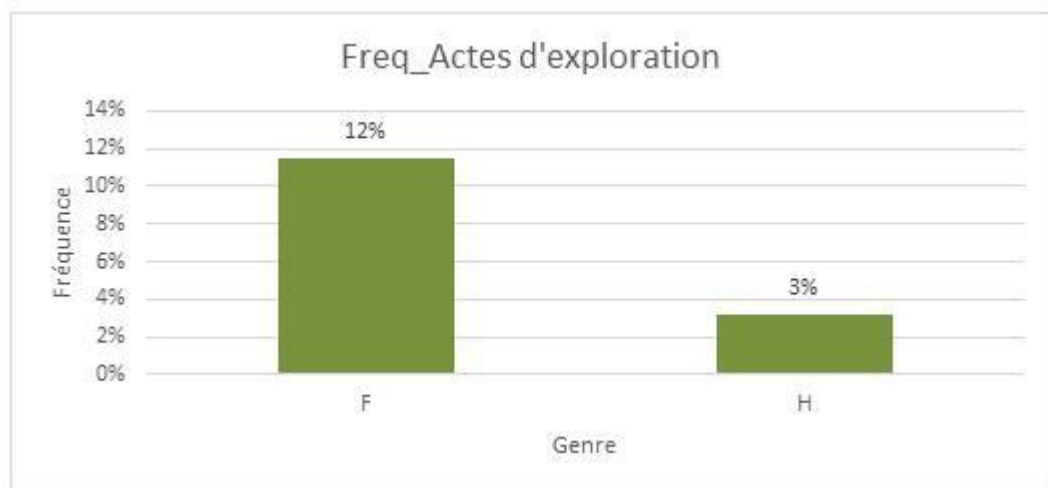
est encore plus marqué sur la garantie consultation.

En revanche le pic à [25-30ans] est assez étonnant, d'expérience, nous attendions ce pic un peu plus loin. Toutefois, étant donné que ce phénomène est identifié sur toutes nos variables, nous pouvons penser que cela reflète un phénomène bien établi.

Par la suite, la décroissance plus ou moins lente, peut s'interpréter par un phénomène d'automédication très souvent établie chez les personnes plus mûres.

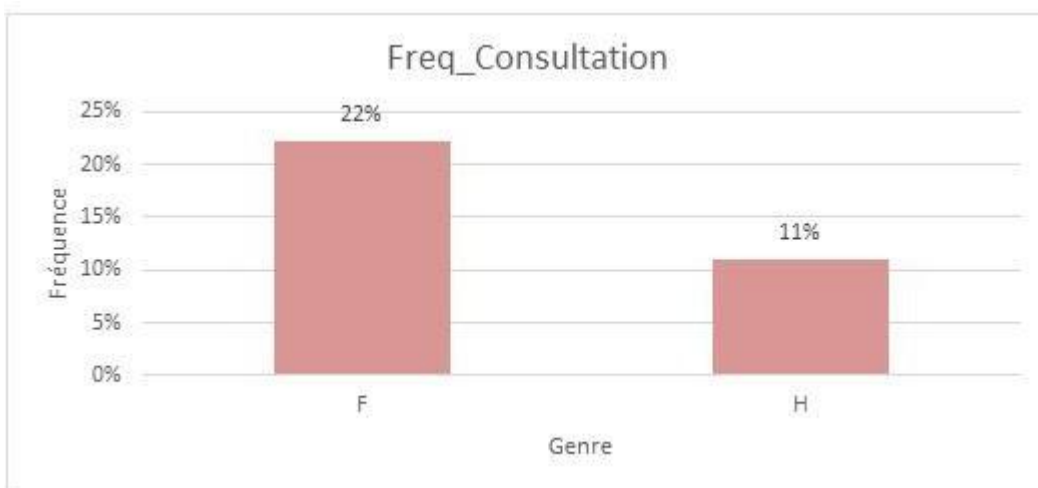
3.2. Analyse suivant le genre de l'assuré

Figure n° 09 : Fréquence d'actes d'exploration en fonction du genre de l'assuré



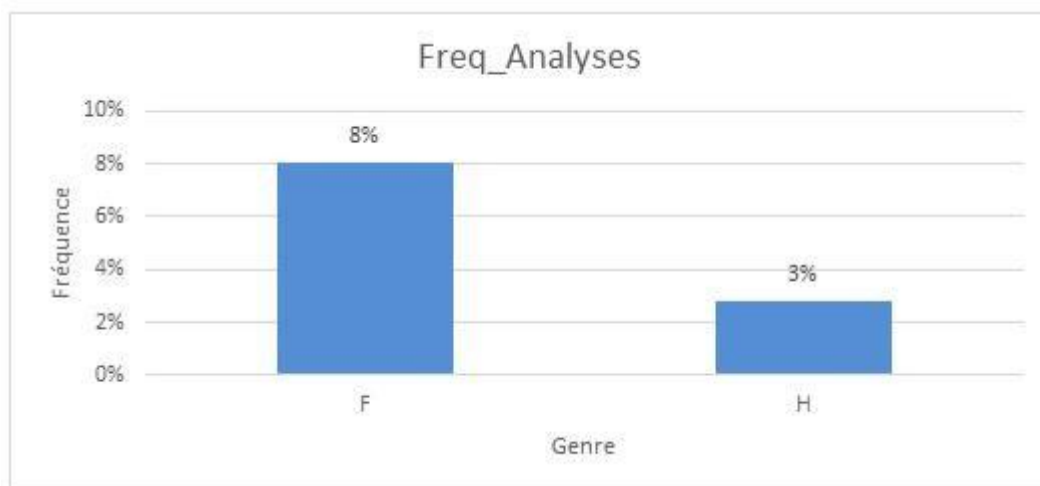
Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Figure n° 10 : Fréquence des consultations en fonction du genre de l'assuré



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Figure n° 11 : Fréquence des analyses médicales en fonction de genre de l'assuré



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

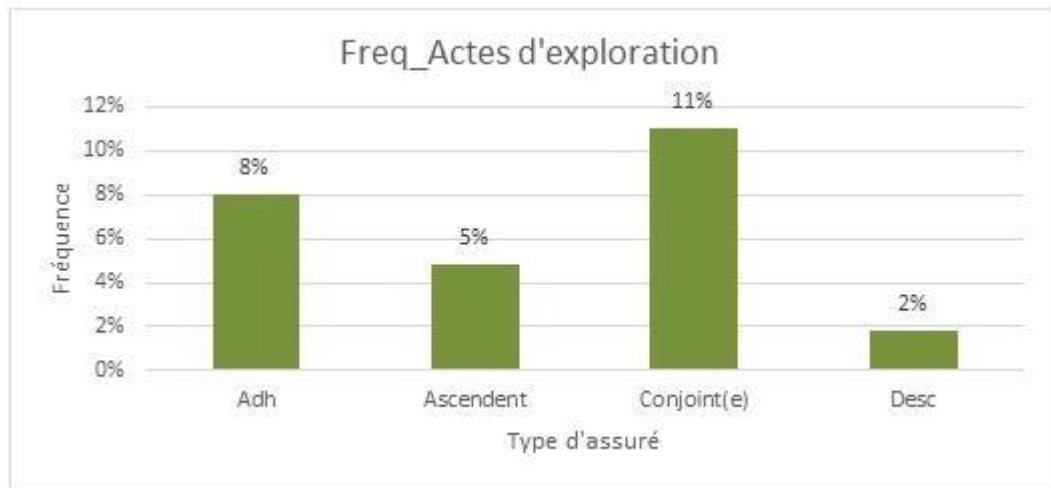
Concernant le genre de l'assuré, il apparaît que la fréquence de sinistres des femmes est supérieure à celle des hommes pour les trois garanties. Elle est 2 fois supérieure pour la garantie consultation, près de 3 fois supérieure pour les analyses médicales et près 3,6 fois supérieure sur les actes d'exploration.

Ceci peut en partie s'expliquer par d'éventuelles grossesses, qui même si une garantie spécifique couvre cette dernière, peut parfois impacter les autres garanties (en post maternité notamment)

Ceci conforte les pistes d'explication précédentes notamment concernant les effets de pré/postmaternité.

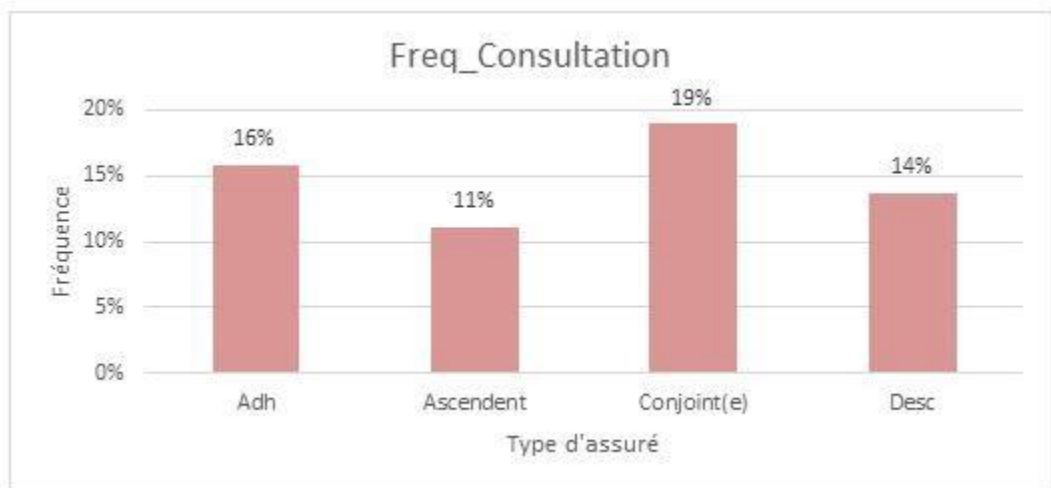
3.3. Analyse suivant le type d'assuré :

Figure n° 12 : Fréquence d'actes d'exploration en fonction du type d'assuré



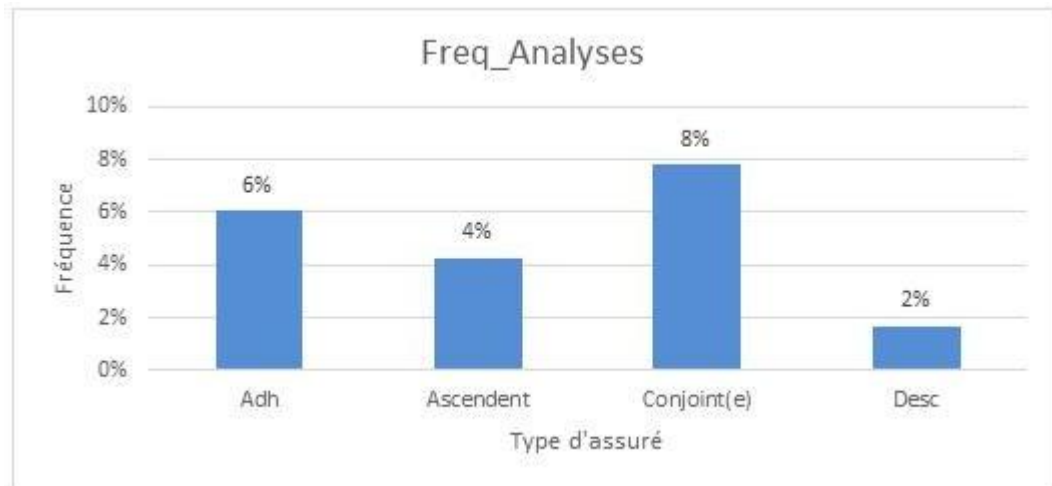
Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Figure n° 13 : Fréquence des consultations en fonction du type d'assuré



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Figure n°14 : Fréquence des analyses médicales en fonction du type d'assuré



Source : Elaboré par nous-même sur Excel.

Sur les différentes garanties, nous constatons que la fréquence des conjoints est la plus élevée suivie de celle des adhérents. Par la suite viennent les ascendants et les descendants sauf sur les consultations où les deux derniers s'inversent.

Nous pouvons y voir peut-être une corrélation avec l'âge de l'assuré, en effet, les adhérents sont les employés de la société souscriptrice, il est clair que leurs âges varient en moyenne au tour de 30/40 ans tout comme leurs conjoints.

Les ascendants des adhérents sont de fait des personnes plus âgées, quand les descendants sont les enfants. L'exception de la garantie consultation rappelle le pic aperçu plus haut sur les enfants de moins de 3 ans.


Conclusion

Notre analyse descriptive des données nous renseigne sur les points suivants :

La population soumise au risque : Nous constatons que la proportion d'hommes est plus importante que celle des femmes. La catégorie des personnes âgées entre 30 et 39 ans est la plus représentée.

La fréquence de la sinistralité : On note une fréquence de la sinistralité plus élevée chez les enfants en bas âge par rapport aux autres catégories. Pour la population adulte c'est la catégorie âgée entre 25 et 35 ans.

Consommation de médicaments : Les femmes consomment beaucoup plus que les hommes. Leur consommation est jusqu'à 3.6 fois supérieure à celle des hommes.



*Conclusion
générale*

Conclusion

Au cours de ce travail, nous nous sommes consacrés à la réalisation d'une recherche sur les aspects de tarification des produits d'assurance santé. Cela nous a permis de nous insérer réellement dans la vie professionnelle pour la seconde fois dans notre vie d'étudiants. A travers les innombrables tâches de recherche que nous avons effectuées comme le recueil de l'information, le traitement de données brutes et la rédaction de rapport, nous avons pu apprécier l'envergure que représentait ce travail.

Malheureusement, la pandémie de la Covid-19 qui plane sur le monde actuellement nous n'a pas permis de réaliser notre travail dans les meilleures conditions. En effet, cette crise sanitaire a grandement affecté notre mobilité et nos journées au sein de la compagnie d'assurance AXA qui nous a accueillis pour notre stage.

Loin d'être partisan du moindre effort, les lacunes de ce travail résident plus d'une situation de crise que d'une négligence de notre part. Toutefois, cela ne nous a pas empêché de consolider nos acquis théoriques au cours de nos diverses lectures. Quant au volet pratique, ces conditions nous ont permis de développer notre capacité d'adaptation au contexte et de communication avec les acteurs de la vie professionnelles.

Les différentes parties du présent document ont révélé que l'assurance complémentaire santé est une branche complexe de l'assurance de personnes. Dans un contexte réglementaire contraignant, l'assureur doit s'adapter le mieux possible du risque.

Le suivi technique des résultats des produits est primordial, pour contrôler la rentabilité des contrats. L'assureur peut alors agir a posteriori sur le tarif par le biais de majorations tarifaires ou sur les limites de souscription en ciblant la clientèle visée.

Fondée sur une sinistralité atypique, la tarification cherche à modéliser la consommation moyenne des assurés. Cependant, l'assureur doit essayer de limiter l'anti sélection très marquée en assurance santé. Ce phénomène comportemental impacte la sinistralité. Il est difficile à appréhender car le porteur de risque a peu d'information sur l'assuré. Mais la vitesse de consommation peut être un indicateur de l'effet d'opportunité.

Il pourrait être intégré dans la conception des produits pour tirer profit de l'expérience statistique constituée sur les portefeuilles d'assurés étudiés et enrichir la tarification d'une information supplémentaire. Croisée avec d'autres outils d'analyse ou appliquée à des portefeuilles dont le mode de distribution varie, la vitesse de consommation est un outil de pilotage des résultats techniques et d'évaluation de la qualité des portefeuilles.



Bibliographie

❖ Ouvrage

- COUILBANLT François & Constant Eliashberg, « Les grands principes de l'assurance », 7ème édition, septembre 2005, France.
- GELLION Alain & LANDEL James « L'assurance Incendie », 2ème édition L'ARGUS, septembre 1998.
- HUBLER Jérôme « Statistique descriptive appliquée à la gestion et à l'économie », 4ème édition, février 2007
- Lambert-Faivre Yvonne « Risques & assurances des entreprises », 3ème édition Dalloz, 1991.
- Lambert-Faivre Yvonne, « droit des assurances » 10ème édition DALLOZ, France, septembre 1998.
- LAURENT David & Luc Barnard « Quels risques assurer », Enquête auprès des industriels, et des assureurs ; Synthèse et analyse.
- M. Salvator, « sécurité d'entreprise et gestion des risques » ; argus-inter, 1985.
- MORLAYE Frédéric « Risque management en assurance », Edition Economica, Paris 2006.
- NGUENA, ELLIPSES O.J. « Management des risques», Edit, 2008.
- PLANES André, « Guide des assurances de l'entreprise », éditeur Gualino ; Paris 1999.
- THOUROT Patrick & FOUGRE Frédéric « L'Assurance Française En 20 leçons » ,Edition Économica, 2006.

Revue et communications

- Ahsene Mimi Séminaire sur les risques en milieu industriel et la gestion du risque technologique majeur ; « La gestion de l'accident industriel» ; ProRisk International; hôtel Sheraton du 23 au 24 avril 2002.
- Ayachi Mouzaoui, « L'importance de Assurance Incendie & L'assurance les Pertes


d'Exploitation après Incendie. au niveau d'entreprise », 2011

- Bressy, Colloque international sur les solutions et management des ressources humaines « SMRH », AMINA NADJI, 23/24 Novembre 2007, université de Picardie.
- J.M.Mousseron « La gestion des risques par le contrat », revue trimestriel 1988.
- Rapport d'activité d'Alliance Assurances 2012.
- SIGMA ; sinistres majeurs incendie ; étude économique de la Suisse de réassurance n°11 nov 1986.
- Ordonnance n° 95-07 du 23 Chabanne 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances et ses textes d'application

❖ Sites Internet

- <https://eco.e-bourgogne.fr/>
- www.economie-cours.fr
- banquemonde.org/
- www.assurantis.com
- www.insee.fr/
- www.kpmg.com
- www.cna.dz
- <http://www.cabannes.org/ch5.pdf>
- <http://www.futura-sciences.com/>
- www.bank-of-algeria.dz.
- www.ffsa.fr/
- <https://www2.unine.ch>
- www.ons.dz
- fr.slideshare.net

- <http://fonds-emprunt.qc.ca>
- http://www.assurances-gesco.fr/les-indices-ri_319.html
- <http://www.net-iris.fr/indices-tau>
- <http://assurco.net.free.fr>
- <http://www.ag-courtage.com/>
- <http://www.indices-pro.com/indices>
- <http://rme.ac-rouen.fr/lerisque.htm/>

A graphic of a scroll with a black outline and a light gray shadow. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges curved. The text is centered on the scroll.

*Liste des tableaux
et figures*

Liste des tableaux

Tableau N° 01 : Production du secteur des assurances du 1er trimestre 2017 45

Tableau N° 02 : Evolution de la production des assurances de personnes (2014/2019) 46

Tableau N° 03 : Production des assurances de personnes au 31/03/2017 47

Tableau N°04 : indemnisations des sociétés d'assurance de personnes par branche
(2014/2015) 49

Tableau N°05 : sinistre à payer des sociétés d'assurances de personnes par branche
(2014/2015) 50

Liste des figures

<u>Figure n°1</u> : décomposition des frais de santé	24
<u>Figure n° 01</u> : Evolution du système de santé national	43
<u>Figure N° 02</u> : Evolution de la production des assurances de personnes (2014/2019)	46
<u>Figure N° 03</u> : Structure de la production des assurances de personnes par branche au 31/03/2017.....	48
<u>Figure n° 01</u> : Organigramme d'Axa Algérie	55
<u>Figure n°02</u> : Répartition du nombre de bénéficiaires par genre.....	61
<u>Figure n°03</u> : Répartition du nombre de bénéficiaires par tranche d'âges.....	61
<u>Figure n°04</u> : Types de bénéficiaires.....	62
<u>Figure n°05</u> : Répartition du nombre de bénéficiaires par types	63
<u>Figure n° 06</u> : Fréquence d'actes d'exploration en fonction de l'âge de l'assuré	63
<u>Figure n°07</u> : Fréquence des consultations en fonction de l'âge de l'assuré	64
<u>Figure n° 08</u> : Fréquence des analyses médicales en fonction de l'âge de l'assuré	64
<u>Figure n° 09</u> : Fréquence d'actes d'exploration en fonction du genre de l'assuré	65
<u>Figure n° 10</u> : Fréquence des consultations en fonction du genre de l'assuré	65
<u>Figure n° 11</u> : Fréquence des analyses médicales en fonction de genre de l'assuré	66
<u>Figure n° 12</u> : Fréquence d'actes d'exploration en fonction du type d'assuré	67
<u>Figure n° 13</u> : Fréquence des consultations en fonction du type d'assuré	67
<u>Figure n°14</u> : Fréquence des analyses médicales en fonction du type d'assuré	68



Annexes

ANNEXES

Base « sinistres »,

Nous avons ajouté de nouvelles variables :

Cette base contient les prestations réglées durant les années 2017 et 2018 (Jusqu'au 31/12/2018) par Axa Algérie à destination de a population recensée sur la base de données de production. Nous y trouvons les variables suivantes :

- 1- Client : Nom de l'entreprise qui a souscrit au contrat ;
- 2- Contrat : le nom du contrat ;
- 3- Numéro de contrat ;
- 4- Numéro de police
- 5- Sexe ;
- 6- Date de naissance ;
- 7- Date gestion admin : Elle correspond à la date d'ouverture du dossier ;
- 8- N° Adhésion ;
- 9- DNI bénéficiaire : numéro attaché directement à la personne bénéficiaire ;
- 10- Nom de l'adhérent;
- 11- Prénom de l'adhérent;
- 12- Prénom du bénéficiaire ;
- 13- Prestation : Santé ou forfait ;
- 14- Date de soins ;
- 15- Frais réel ;
- 16- Nom du gestionnaire ;
- 17- Lettre clef : ;
- 18- Quantité : ;
- 19- Qty actes : ;
- 20- TR CNAS : correspond au taux de remboursement de la CNAS ;
- 21- Sort du sinistre : « retour » ; « rejet » ; « payé » ;
- 22- Motivation rejet ;
- 23- Motivation retour ;
- 24- Description lettre clef ;
- 25- AR : C'est le montant à régler ;
- 26- Dt réception : ;
- 27- Type de bénéficiaire ;

- 28- Date d'effet du contrat ;
- 29- Date d'échéance du contrat.

Base finale

Afin de pouvoir effectuer une modélisation de la prime pure, il est nécessaire de faire une jointure entre la base de données « production » et « sinistres ».

On a donc effectué une jointure des deux bases à l'aide du logiciel SAS pour obtenir au final une base constituée des variables suivantes :

1. Contrat en cours : correspond au numéro de police ;
2. Numéro _adhésion ;
3. DNI : correspond au numéro attaché directement au bénéficiaire ou à l'adhérent ;
4. Nom : du bénéficiaire ;
5. Prénom : du bénéficiaire ;
6. Sexe : « H » pour homme, « F » pour femme ;
7. Genre DNI : « Adhérent » ou « bénéficiaire »
8. Dt _naissance : celui du bénéficiaire ;
9. Type bénéficiaire : « Adhérent », « Ascendant », « Conjoint », « Descendant » ;
10. Numéro de téléphone ;
11. Client : nom de l'entreprise ;
12. Date d'effet du contrat ;
13. Date d'échéance du contrat ;
14. Accident Year : année d'observation ;
15. On a des colonnes qui donnent le nombre de sinistres pour chaque famille de garantie
16. On a aussi des colonnes qui donnent le montant de sinistres pour chaque famille de Garantie.

Nous avons ensuite supprimé toutes les colonnes de garanties qui correspondent à des prestations forfaitaires, car ce sont des variables déterministes dont le montant est connu d'avance.



Table des matières.

Table des matières

Remerciements. **I**

Dédicaces. **II**

Liste des abréviations. **III**

Liste des tableaux et Figures. **IV**

Sommaire. **VI**

Introduction générale. **01**

Chapitre I : aspects théoriques et pratiques sur l'assurance santé

Introduction **05**

Section 1 : Introduction générale à l'assurance **06**

1. Historique **06**

1.1. L'origine et le développement de l'assurance **06**

1.2. Les raisons ou fondements du développement de l'assurance **08**

A. L'assurance, facteur de progrès **08**

B. L'assurance tributaire d'une société organisée..... **08**

C. Le besoin de protection **08**

2. Définition et éléments de l'assurance..... **09**

2.1. Définitions **09**

2.2. Eléments de l'assurance **11**

A. Le risque **11**

B. La prime ou cotisation **12**

C.	La prestation de l'assureur.....	13
D.	La compensation au sein de la mutualité.....	13
3.	Classification et rôle de l'assurance	14
3.1.	Classification de l'assurance	14
3.1.1.	Classification technique	14
A.	Les assurances gérées en répartition.....	14
B.	Les assurances gérées en capitalisation	15
3.2.	Classification juridique	15
A.	Les assurances de dommages et de responsabilité	15
B.	Les assurances de personnes	16
C.	Les mutuelles.....	16
D.	Les assurances primes fixes.....	17
3.3.	Rôle de l'assurance.....	18
3.3.1.	Le rôle social de l'assurance.....	18
3.3.2.	Le rôle économique de l'assurance	19
A.	Garanties des investissements	19
B.	Placement des cotisations	19
	Conclusion.....	20
	Section02 : le fonctionnement de l'assurance santé	21
1.	Le régime de la sécurité sociale	21
1.1.	Le fonctionnement général	21
1.2.	Définition de la sécurité sociale	21
2.	La complémentaire santé	22

2.1.	Définition.....	22
2.2.	Les différents types d'organismes complémentaires santé	23
3.	Le principe de remboursement	23
4.	Les différents régimes complémentaires existants	25
4.1.	Les régimes collectifs à adhésion facultative	25
4.2.	Les régimes collectifs à adhésion obligatoire.....	25
4.3.	Les régimes collectifs à adhésion obligatoire et facultative	26
4.4.	Les contrats individuels	26
	Conclusion.....	27

Chapitre II : tarification des contrats d'assurance santé

Introduction	29
Section 01 : le principe de la tarification d'un produit d'assurance santé	30
1. Définition de la tarification	30
2. Méthodologie de tarification	30
2.1. Conditions de réalisation	30
A. Le besoin	31
B. La qualité des services de santé	31
C. La culture d'assurance existe au sein de la population assurée.....	31
D. Le nombre d'assuré est important dès la première année.....	31
2.2. Collecte et l'analyse des données	31
2.3. Définition du produit « assurance santé »	32
2.3.1. Présélectionner les services de santé à couvrir.....	32

2.3.1.1.	La couverture des gros et des petits risques.....	32
A.	Les gros risques	32
B.	Les petits risques	33
C.	L'assurance est particulièrement adaptée aux gros risques	33
2.3.1.2.	Les services de santé habituellement couverts	34
A.	Les soins de santé de base	34
B.	Les soins hospitaliers.....	34
C.	Les soins spécialisés	34
D.	Les soins et prothèses dentaires.....	34
E.	La lunetterie.....	34
F.	Les médicaments et autres consommables médicaux	35
G.	Le transport des malades	35
2.4.	Définir les formules de couverture	35
A.	Une formule « de base » comportant des services de santé prioritaires	35
B.	Des formules « étendues » comportant des services de santé prioritaires plus des services important mais non indispensables.....	35
C.	Des garanties optionnelles que choisiront seulement les assurés qui jugent ces services indispensables	36
2.5.	Fixer les limites de couverture	36
A.	Le ticket modérateur.....	36
B.	Le plafond ou le forfait « limitation en montant »	36
C.	La limitation en nombre de jours, de cas ou de séances.....	37
D.	La franchise	37

3.	Calcul de la prime.....	37
3.1.	Principe de calcul	38
A.	La prime pure	38
3.2.	Correction de la prime pure	39
3.2.1.	Prise en compte des risques de dérive de l'assurance	39
A.	Risque moral.....	39
B.	Le risque de sur prescription	39
C.	La sélection adverse	40
D.	Les cas catastrophiques	40
3.2.2.	Impact de ces risques.....	40
3.3.	Calcul de la charge de sécurité	41
3.4.	Le calcul des coûts unitaires de fonctionnement.....	41
3.5.	Le calcul de la cotisation totale	42
	Conclusion.....	42
	Section 02 : le marché algérien de l'assurance de personnes	43
	Introduction	43
1.	Systeme de santé de l'Algérie	43
2.	Systeme de la sécurité sociale Algérien.....	44
3.	Marché Algérien de l'assurance de personnes.....	45
3.1.	Assurance de dommages	46
3.2.	Assurance de personnes.....	47
	Conclusion.....	51

**Chapitre III : la tarification et les déterminants de la prime d'une
complémentaire santé**

Introduction	53
Section 01 : la santé collective au sein d'Axa Algérie	54
1. Présentation d'Axa Algérie.....	54
1.1. Historique	54
1.2. Carte d'identité d'Axa Algérie	54
1.3. Organigramme d'Axa Algérie	55
2. Présentation de la direction finance et organisation	56
2.1. Présentation de la direction finance et organisation	56
2.2. Les objectifs de la direction technique	56
2.3. Les missions des actuaires au sein d'Axa Algérie	56
3. Présentation d'un produit santé collective	57
3.1. Présentation de l'offre santé d'Axa Algérie	57
3.2. Les prestations assurées.....	58
Section 02 : spécificités de détermination de la prime de tarification sur l'assurance santé... 59	59
1. Présentation et traitement des données	59
1.1. Retraitement des bases de données.....	59
1.2. Base finale	60
2. Statistiques descriptives du portefeuille	61
2.1. La répartition du nombre de bénéficiaires par sexe.....	61
2.2. La répartition du nombre de bénéficiaires par tranche d'âge	61
2.3. La répartition du nombre de bénéficiaires par type.....	62

Table des matières

3.	Analyse de la fréquence de sinistres.....	63
3.1.	Analyse suivant l'âge de l'assuré	63
3.2.	Analyse suivant le genre de l'assuré	65
3.3.	Analyse suivant le type d'assuré	67
	Conclusion	69
	<i>Conclusion générale.</i>	<i>70</i>
	<i>Bibliographie.</i>	<i>73</i>
	<i>Annexes.....</i>	<i>77</i>
	<i>Table des matières.</i>	<i>80</i>
	<i>Résumé.</i>	

Résumé

Suite à l'évolution constante des dépenses de santé et le déficit de la sécurité sociale, il est devenu nécessaire de trouver un nouveau partenaire pour le financement des dépenses de santé : « Les compagnies d'assurances ».

Pour ce faire, ces dernières doivent proposer un tarif qui assure leur compétitivité tout en étant rentable.

Dans ce cadre, ce mémoire propose de tester la méthode de tarification de la prime d'une complémentaire santé en utilisant les déterminants nécessaires d'une compagnie d'assurance.

Le mémoire est divisé en trois chapitres :

Le premier chapitre comporte sur les généralités de l'assurance ainsi que les aspects théoriques et pratiques sur l'assurance santé. Le deuxième chapitre présente la tarification des contrats d'assurance santé en utilisant le calcul des différentes primes. Enfin le troisième chapitre est consacré aux différentes spécificités de détermination de la prime d'un produit d'assurance santé à AXA.

Mots-clés : Dépenses santé –Sécurité sociale– Compagnie d'assurance- Tarif.

Abstract

Due to the constant evolution of health expenditure and the deficit of the social security,

it has become necessary to find a new health financing agent, which is “insurance companies”.

To do this, these last must offer a price that ensures their competitiveness while being profitable.

In this context, this thesis proposes to test the premium pricing method for complementary health insurance using the necessary determinants of an insurance company.

The dissertation is divided into three chapters:

The first chapter covers general insurance as well as theoretical and practical aspects of health insurance. The second chapter presents the pricing of health insurance contracts using the calculation of different premiums. Finally, the third chapter is devoted to the various specific features of determining the premium for a health insurance product in AXA.

Key-words: Health expenditure - social security – insurance Companies – price.