

**Conférence Interafricaine des
Marchés d'Assurances (CIMA)**

BP: 2750 Libreville Gabon
Tél: (241) 44 37 79
Fax: (241) 73 42 88
Site : www.cima-afrique.org



Institut International des Assurances (IIA)

BP: 1575 Yaoundé Cameroun
Tél: (237) 22 20 71 52
Fax: (237) 22 20 71 51
Site : www.iiacameroun.org

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures
Spécialisées en Assurances (DESS-A)
Cycle III**

THEME

**L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE FACE A
LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION DU RISQUE
MALADIE EN ZONE CIMA : CAS DU BENIN**

Rédigé et soutenu par :

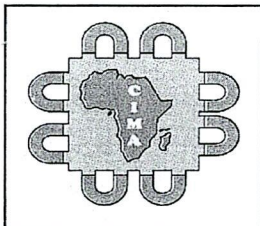
Paulin Chabi DOSSOUMOU

Sous la Direction de :

M. Félix-Edouard LADEKAN
Administrateur des Assurances

20^{ème} Promotion 2010 - 2012

Novembre 2012



**Conférence Interafricaine des
Marchés d'Assurances (CIMA)**

BP: 2750 Libreville Gabon
Tél: (241) 44 37 79
Fax: (241) 73 42 88
Site : www.cima-afrique.org



Institut International des Assurances (IIA)

BP: 1575 Yaoundé Cameroun
Tél: (237) 22 20 71 52
Fax: (237) 22 20 71 51
Site : www.iia-cameroun.org

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

*Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures
Spécialisées en Assurances (DESS-A)
Cycle III*

THEME

**L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE FACE A
LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION DU RISQUE
MALADIE EN ZONE CIMA : CAS DU BENIN**

Rédigé et soutenu par :

Paulin Chabi DOSSOUMOU

Sous la Direction de :

M. Félix-Edouard LADEKAN
Administrateur des Assurances

20^{ème} Promotion 2010 - 2012

Novembre 2012



DEDICACE

*Je dédie ce travail à mon fils **Prince Jude Eden AKanni** né le 23 juillet 2011 au Bénin alors que j'achevais la première année de cette formation à l'I.I.A. de Yaoundé.*

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements à :

- ❖ *DIEU le père tout puissant ;*
- ❖ *Monsieur Félix-Edouard LADEKAN, notre maître de Mémoire qui a accepté sans condition de suivre ce travail en dépit de ses nombreuses occupations ;*
- ❖ *Monsieur Roger Jean-Raoul DOSSOU-YOVO, Directeur Général de l'Institut International des Assurances de Yaoundé (I.I.A.);*
- ❖ *Feu Paul SAAR, ancien Directeur des Etudes de l'I.I.A ;*
- ❖ *Monsieur Gali GANDA MAGA, Directeur Administratif et Financier de l'I.I.A ;*
- ❖ *Monsieur Lymdah-Ouro AYEVA, Assistant du Directeur des Etudes de l'I.I.A. ;*
- ❖ *Tout le personnel de l'I.I.A ;*
- ❖ *Mrs et Mmes les enseignants de l'I.I.A pour leurs contributions à notre formation ;*
- ❖ *M. Urbain ADJANON, Directeur des Assurances du Bénin, ainsi qu'à tout le personnel de ladite direction ;*
- ❖ *Docteur Moussa YAROU, Directeur Général de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et à tout son personnel ;*
- ❖ *Monsieur Faïssou ADEYEMAN, Directeur Général de la FEDAS SA et à tout le personnel de ladite entreprise ;*
- ❖ *Monsieur Lansina COULIBALY, Directeur Général de l'UBA-Vie et à tout le personnel de la dite entreprise ;*
- ❖ *La Caisse Nationale de Sécurité Sociale du Bénin;*
- ❖ *Ministère de la Santé du Bénin ;*
- ❖ *Monsieur Théophile KOCOUISSO-PLOMEY, Chef Département Production de la FEDAS ;*
- ❖ *Nos amis Raoul TRINNOU, Dominique SODJINO, Marc MEGAN, Alfred SAGBOHAN, Dayane SEDEGAN, Gilbert KOVI des promotions précédentes ;*
- ❖ *Monsieur Christophe ADANDE ;*
- ❖ *Monsieur Hugues TCHIBOZO, point focal du RAMU ;*
- ❖ *Notre oncle Félicien Chabi ZACHARIE,*
- ❖ *Notre oncle Mama YAYA ;*
- ❖ *Notre oncle André BIAOU ;*
- ❖ *Nos compatriotes, camarades de promotion Yannick DA MATHA, Thierry COMLAN, Guy KPONAN, Gontran LOKO et Paulin DAKO ;*
- ❖ *Tous nos camarades des 10^{ème} promotion MST-A et 20^{ème} promotion DESS-A*
- ❖ *Tous ceux qui ont contribué au commencement et à l'achèvement de cette formation.*

Paulin Chabi DOSSOUMOU

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADAM	: Agence Départementale de l'Assurance Maladie
AFRICAINNE	: Africaine des Assurances
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	: Agence Nationale de l'Assurance Maladie
ASA	: Association des Sociétés d'Assurances du Bénin
BIT	: Bureau International du Travail
CA	: Chiffre d'Affaires
CHD-HU	: Centre Hospitalier Départemental- Hôpital Universitaire
CIMA	: Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
CIPRES	: Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CRCA	: Commission Régionale du Contrôle des Assurances
DA	: Direction des Assurances
FANAF	: Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines.
FASNAS	: Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale.
FEDAS	: Fédérale d'Assurances
FMS	: Fédérations des Mutuelles de Santé
FNRB	: Fonds National de Retraite du Bénin
FRW	: Franc Rwandais
GAB	: Générale des Assurances du Bénin
IARDT	: Incendie, Accident, Risques Divers et Transport
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
MS	: Mutuelle de Santé
MSS	: Mutuelle de Sécurité Sociale
NSIA	: Nouvelle Société Interafricaine d'Assurances
OIT	: Organisation Internationale du Travail
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PSAP	: Provisions pour Sinistres à Payer
RAMA	: Rwandaise d'Assurance Maladie
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle.
SAARB	: Société Africaine d'Assurances et de Réassurances du Bénin
S/P	: Ratio Sinistre à Prime
SGSI	: Service de Gestion du Système d'Information
STEP	: Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VIH	: Virus de l'Immuno Déficience Humanaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Part de l'assurance santé dans le Chiffre d'Affaires des Compagnies en 2010 (en millions de FCFA)	21
Tableau 2: Exemple de clause d'ajustement.....	28
Tableau 3: Les rapports Sinistre/Prime des 5 dernières années de la branche maladie à la FEDAS.....	34
Tableau 4: Les rapports Sinistre/Prime des 5 dernières années de la branche maladie à la GAB	35
Tableau 5: Les rapports Sinistre/Prime des 5 dernières années de la branche maladie à la NSIA Bénin	36
Tableau 6: Fourchette de prime selon le revenu mensuel net d'impôt.....	49

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: La part de chaque compagnie dans le Chiffre d'Affaires Santé en 2010	21
Graphique 2: Chiffres d'affaires et charges des sinistres de la branche maladie à la FEDAS entre 2007 et 2011 (en millions de F.CFA)	35
Graphique 3: Chiffres d'affaires et charges des sinistres de la branche maladie à la GAB-SA entre 2007 et 2011(en millions de F.CFA)	36
Graphique 4 : Chiffres d'affaires et charges des sinistres de la branche maladie à la NSIA-Bénin entre 2007 et 2011(en millions de F.CFA)	36

GLOSSAIRE DE L'ETUDE

Assurance : opération par laquelle un assureur, organisant en mutualité une multitude d'assurés exposés à la réalisation de certains risques, indemnise ceux d'entre eux qui subissent un sinistre grâce à la masse commune des primes collectées.

Assurance maladie : dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail.

Assurance maladie publique : système d'assurance maladie sociale obligatoire ou légale, couramment connu sous le nom d'assurance maladie de la sécurité sociale.

Système volontaire privé d'assurance maladie : système où chacun est libre de s'acheter sa protection auprès d'une compagnie d'assurance

Mutualité : système de solidarité entre membres d'un groupe à base d'entraide simultanée et réciproque. Les mutuelles peuvent exister dans n'importe quel secteur d'activité (agricole, économique, artisanal, sanitaire etc.)

Mutuelle de santé : association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité afin de faire face aux conséquences du risque de mauvaise santé au moyen de la cotisation de ses membres.

Sécurité sociale : sécurité que la société fournit à ses membres par des organisations appropriées, contre certains risques auxquels ils sont exposés.

Assistance sociale : secours ou subside visant à sortir la personne nécessiteuse ou indigente de sa situation de dépendance pour être autonome.

Protection sociale : ensemble de la sécurité sociale et de l'assistance sociale.

RESUME

Les problèmes de l'inégalité à l'accès équitable aux soins de santé et de la sous couverture des populations africaines en assurance maladie, conduisent de nos jours, les dirigeants à prendre des initiatives d'assurance maladie universelle, conformément à la tendance mondiale et à certaines recommandations au plan international.

Intéressé par cette réforme de l'assurance maladie, notre travail a eu pour objectif général d'analyser les vulnérabilités des régimes d'assurance maladie universelle au regard de l'expérience acquise en matière de gestion du risque maladie, par les professionnels du risque que sont les assureurs ; et de proposer des mesures correctives et préventives en vue de la pérennisation des différentes initiatives.

Nous avons pour ce faire, choisi les compagnies d'assurances de la zone CIMA opérant au Bénin et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, organe chargé de mettre en œuvre le RAMU, comme éléments d'essai.

La première partie faisant l'état des lieux de la couverture et de la gestion de l'assurance maladie au Bénin, a permis de mettre en exergue les particularités de la gestion du risque maladie et les résultats déficitaires enregistrés par les compagnies prises en exemples, en dépit des mesures intégrées de lutte contre les abus.

La deuxième partie nous présente d'abord le Régime de l'Assurance Maladie Universelle du Bénin. Cette présentation a ensuite conduit à faire un diagnostic du régime à travers ses forces et faiblesses. Afin d'éviter certains problèmes et d'amoindrir les risques, des mesures techniques ont été indiquées comme approches de solution pour une meilleure gestion du risque. Enfin, nous avons formulé des recommandations en direction des principaux acteurs de l'assurance maladie universelle.

ABSTRACT

Problems of inequality access to health care and undercover African populations in health insurance lead nowadays leaders to take initiatives universal health insurance in accordance with the global trend and some recommendations at the international level.

Interested in the reform of health insurance, our work has been aimed at general to analyze vulnerabilities of universal health insurance in the light of experience gained in the management of health risks by risk professionals that are insurers; and propose corrective and preventive measures for the sustainability of initiatives.

We have to do this, selected insurance companies of the CIMA zone operating in Benin and the National Agency of Health Insurance, the body responsible for implementing UHIP, as test items.

The first part of making the inventory coverage and insurance management in Benin, helped highlight the peculiarities of disease risk management and loss results achieved by companies taken as examples, despite integrated measures against abuse.

The second part presents the first Scheme Universal Health Insurance of Benin. This presentation then led to a diagnosis of the regime through its strengths and weaknesses. To avoid problems and mitigate risks, technical measures have been indicated as solution approaches for better risk management. Finally, we made recommendations to the main actors of universal health insurance.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE	3
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE-CADRE THEORIQUE-METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	4
SECTION 1: DES OBSERVATIONS GENERALES AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE.....	4
SECTION2 : DU CANEVAS METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE A LA REVUE DE LITTERATURE.....	13
CHAPITRE 2 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES SUR L'ASSURANCE MALADIE	20
SECTION 1 : LE MARCHE DE L'ASSURANCE SANTE AU BENIN.....	20
SECTION 2 : LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE AU BENIN	25
DEUXIEME PARTIE	38
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU RAMU	39
SECTION 1 : CONTEXTE ET CONCEPT DU RAMU.....	39
SECTION 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	42
CHAPITRE 2 : DIAGNOSTIC DU RAMU : ATOUTS ET RISQUES POTENTIELS.....	50
SECTION 1 : INVENTAIRE DES FORCES ET FAIBLESSES DU RAMU.....	50
SECTION 2 : RECOMMANDATIONS POUR LA PERENNISATION DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE.	60
CONCLUSION	68

AVANT - PROPOS

Au terme de notre formation de DESS en Assurances à l'Institut International des Assurances (IIA) de Yaoundé, plusieurs sujets retiennent notre attention dont : l'avenir de l'assurance vie dans la zone CIMA, la création de produits innovants adaptés aux populations pauvres des milieux ruraux et du secteur informel, le poids et le rôle des assurances obligatoires, la problématique de la gestion de l'assurance maladie. Le dernier sujet a retenu notre attention parce qu'étant celui qui a le plus suscité en nous des intérêts.

Plusieurs étudiants en fin de formation ont réfléchi en effet selon des approches diverses sur la question des difficultés de gestion de l'assurance maladie. Des initiatives sont prises ça et là sur le continent de nos jours afin de rendre l'assurance maladie accessible à tous, vu les lourdes dépenses qu'engendre la maladie. Ce fut par ailleurs l'une des recommandations de notre mémoire intitulé « l'apport des mutuelles de santé dans la problématique de la couverture du risque maladie au Bénin » soutenu en 2005 en Administration du Travail et de la Sécurité Sociale à l'Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature du Bénin.

Notre parcours à l'IIA à travers la phase théorique et le stage pratique, nous a permis de nous imprégner de la gestion de l'assurance maladie et donc de savoir que bien que l'assurance maladie universelle semble résoudre le problème du déficit de la couverture en assurance maladie, elle n'est pas une fin en soi.

Conscient de la difficulté de faire le lien entre l'assurance maladie privée et l'assurance maladie sociale parce que mettant en œuvre des techniques de gestion et méthodes différentes, nous osons nous essayer au délicat exercice de faire ressortir leurs problèmes communs et de mettre en évidence les apports de l'une à l'autre.

Nous empruntons au Professeur Jean-Paul Louisot, Directeur Pédagogique de CARM_Institute et enseignant de Risk Management à l'I.I.A. cette définition de la Gestion Stratégique des Risques (SRM) qui à notre avis, cadre avec le présent sujet de réflexion : la SRM est « **la discipline de gestion qui guide la réflexion et l'action concernant les incertitudes, menaces et opportunités, qui affectent la conception et l'exécution de la stratégie d'un organisme.** »

Merci

INTRODUCTION GENERALE

L'un des plus fréquents risques auxquels sont exposés les individus à la recherche de leur pain quotidien est celui de la dégradation de leur état de santé. Ils courent ainsi le risque de voir réduire considérablement leur capacité de gain et leur espérance de vie. Les individus comme les Etats réfléchissent constamment et adoptent divers moyens de financement des soins de santé et du risque maladie. L'un de ces moyens est une technique de mise en commun des risques dans une optique d'anticipation de la prise en charge des dépenses inhérentes à la santé. Ce mécanisme de mise en commun des risques relève de l'assurance.

Nombre de gouvernements ont sciemment omis d'insérer la maladie parmi les risques à couvrir par leur régime d'assurance sociale suite aux échecs des différentes initiatives et tentatives nationales d'assurance maladie sociale. Pourtant, la prise en charge de la santé des peuples est un devoir régalien des Etats reconnu par plusieurs textes de droit dont la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

Face à une demande de santé de plus en plus croissante des populations, que ce soit en pays déjà développés ou en pays en voie de développement, les assureurs proposent des produits d'assurance maladie pour couvrir les risques de santé. Des inégalités à l'accès aux soins de santé sont alors nées de cette privatisation de la prise en charge du risque maladie et se sont accentuées dans le temps et dans l'espace. Le phénomène est encore durement vécu dans les pays sous développés et principalement dans les pays d'Afrique subsaharienne. En République du Bénin par exemple, les régimes formels d'assurance maladie sont décriés. En effet, ces régimes d'assurance maladie existants jusque là semblaient être réservés à une couche sociale minime comprenant des personnes plus ou moins aisées, à l'abri du chômage et vivant en milieu urbain. En principe, aucune restriction légale ne limite l'accès à l'assurance maladie. Mais le faible pouvoir d'achat et le niveau de vie général de la population du Bénin excluent les plus démunis qui sont d'ailleurs majoritaires.

Afin de réduire les inégalités et injustices constatées, la tendance mondiale est à la réforme de l'assurance maladie visant l'extension de la sécurité sociale et la promotion de la micro assurance. Des rencontres à l'échelle mondiale, continentale ou sous régionale

sont organisées. C'est dans ce cadre que se sont tenus les états généraux de la micro assurance à Abidjan du 21 au 23 octobre 2009 sous l'égide du Bureau Exécutif de la FANAF¹ ainsi que l'Assemblée Générale de la FANAF organisée à Cotonou du 12 au 16 février 2007 sur l'assurance santé et la protection sociale en Afrique (l'expérience marocaine). On peut citer dans ce même contexte l'atelier sur l'assurance maladie universelle en Afrique Francophone organisé à Kigali au Rwanda du 30 mai au 4 juin 2010. Les pays d'Afrique et particulièrement ceux de la zone CIMA prennent des initiatives d'assurance maladie sociale. Le Bénin, afin de mettre un terme aux dépenses catastrophiques² résultant du phénomène de paiement direct des soins par les ménages, a décidé d'instituer le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Si l'initiative est salubre, des obstacles à sa réussite ne doivent pas être occultés.

En fait, en assurance maladie il semble que la problématique de la couverture est liée à celle de la gestion du risque maladie qui est un risque particulier. La gestion de l'assurance maladie par les compagnies privées révèle l'un des taux de sinistralité les plus élevés de toutes les branches commercialisées. Le même phénomène s'observe au niveau des assurances sociales offertes par des organismes publics ou semi-publics à travers un tableau déficitaire des caisses d'assurance maladie. Mais force est de constater que le problème de l'assurance maladie qui semble occuper les attentions en premier lieu et notamment celles des dirigeants est celui de la faiblesse de couverture des populations caractérisée par des régimes sectaires, alors que les techniciens sont quotidiennement confrontés aux difficultés de gestion. Ce sont là les raisons qui suscitent le présent mémoire intitulé « *L'assurance maladie universelle face à la problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du Bénin* ».

Les problèmes liés à la gestion de l'assurance maladie dans les pays de la CIMA vont se mesurer à la lecture de la pratique et de l'expérience des compagnies d'assurance (première partie) et serviront à faire une projection des obstacles auxquelles sont exposées les assurances maladie universelles des pays africains à l'instar de celles du Bénin pour enfin conduire à des suggestions visant la pérennisation des différents régimes (deuxième partie).

¹ Fédération des Sociétés d'Assurances de Droit National Africaines.

² Le fait de devoir payer directement plus de 40% du revenu du ménage pour des soins médicaux une fois les premières nécessités satisfaites.

PREMIERE PARTIE

PROBLEMATIQUE DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE

Une mesure judicieuse du problème impose que nous adoptions une procédure scientifique et objective qui situe la problématique, précise le cadre théorique et la méthodologie de l'étude (chapitre 1), avant de passer à la collecte et à l'analyse des données sur l'assurance maladie au Bénin (chapitre 2).

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE-CADRE THEORIQUE-METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Nous nous consacrerons dans ce chapitre à restituer les observations générales sur l'assurance et l'assurance maladie, tout en situant la problématique qu'elles soulèvent (section 1). Il s'en suivra le cadre méthodologique de l'étude ainsi que la revue de littérature sur la problématique posée (section 2).

SECTION 1: DES OBSERVATIONS GENERALES AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE

Cette étude part des constats faits sur la gestion du risque maladie (paragraphe 1) pour cibler la problématique et envisager une piste de résolution (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Généralités sur l'assurance et l'assurance maladie

Il s'agira d'indiquer les normes juridiques adoptées en matière de sécurité sociale, précisément d'assurance maladie sur le plan international et national et, de présenter brièvement les impératifs de gestion des assurances.

A. Fondement juridique et éléments techniques

1. Fondement juridique

La couverture et la gestion du risque maladie trouvent leur fondement juridique dans des sources aussi bien internationales, sous régionales que nationales.

Les principales sources internationales sont :

- **La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1949** : elle reconnaît l'universalité du concept de sécurité sociale en son article 22. Les droits visés sont cités dans l'article 25 : « ... l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires... ».
- **La convention N° 102 du 28 juin 1952 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)** sur la norme minimum de sécurité sociale. La maladie est citée parmi les neuf (9) risques sociaux contre lesquels l'individu doit être protégé.³

³ Ces risques sont les soins médicaux, l'indemnité de maladie, les prestations familiales, l'accident de travail, la maladie professionnelle, l'invalidité, la vieillesse, le décès et le chômage

- **Le Code des Assurances de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA)** institue une organisation intégrée de l'industrie des assurances dans les Etats africains membres. L'article 328 dresse la liste des produits d'assurance susceptibles de recevoir l'agrément prévu à l'article 326 du même code. La maladie est classée au numéro 2 avec des prestations forfaitaires, indemnitaires et la combinaison des deux.

Les sources nationales sont :

- **La constitution du 11 décembre 1990** : elle reconnaît en son article 8 l'accès à un niveau adéquat de protection sociale pour tous comme un droit fondamental et fait obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens un accès égal à la santé, à l'éducation, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.
- **La convention collective générale du travail du 30 décembre 2005**: son article 73 stipule que le travailleur et sa famille bénéficient gratuitement des soins d'urgence et des consultations pris en charge par l'entreprise, ainsi que des remboursements par l'employeur dans la limite de 60% des frais occasionnés par une hospitalisation en attendant l'institution d'un régime d'assurance maladie.
- **Le décret n° 2011-089 du 8 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)** : selon ce texte l'ANAM est un établissement public à caractère social régi par les dispositions de la loi n° 94 – 009 du 28 juillet 1994 portant création, organisation et fonctionnement des offices à caractère social, culturel et scientifique.

2. Eléments techniques

La revue des éléments techniques impose que soit donnée une définition technique de l'assurance. Celle proposée par le professeur HEMARD considère l'assurance comme une « *opération par laquelle une partie, l'assuré, se fait promettre, moyennant une rémunération (la prime), pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un 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*⁴ ».

⁴ Cf COUILBAULT F. et al. *Les grands principes de l'assurance*. 9^{ème} édition. Paris : L'Argus, 2009.p 53

Cette définition met en exergue les notions de risque, de prime, de mutualité, de sinistre, de prestation.

On ne saurait parler d'assurance sans la combinaison de tous ces éléments qui sous-tendent la technique de l'assurance.

B. Les impératifs prudentiels de gestion

1. Les règles prudentielles

Les entreprises d'assurance entant que collecteurs d'épargnes et gestionnaires des primes doivent donner l'assurance de leur solvabilité. Elles sont alors soumises à un contrôle strict de l'Etat. L'article 300 du Code des Assurances dispose que le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires des contrats d'assurance et de capitalisation. Il s'agit d'un contrôle technique et administratif. En effet les entreprises d'assurances doivent couvrir leurs engagements réglementés, justifier d'une marge de solvabilité suffisante, disposer d'actifs sûrs, liquides, rentables et congruents.

2. Les caractéristiques de l'assurance maladie

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer l'individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimum lorsque l'affection prive la personne de travail. Elle répond aux caractéristiques qui suivent.

✚ Une assurance de personne

Selon l'objet sur lequel porte l'assurance, on distingue deux grandes catégories d'assurances à savoir : les assurances dommages et les assurances de personnes. Les assurances de personne sont les assurances qui ont pour but de garantir la personne dans son intégrité physique, dans l'éventualité d'un décès ou dans ses chances de survie. L'assurance maladie fait partie des assurances de personnes.

✚ Principe de règlement hybride

En assurance, on distingue deux principes de règlement de sinistre que sont le principe indemnitaire et le principe forfaitaire. Les assurances de dommages obéissent au principe indemnitaire alors que les assurances de personne obéissent au principe forfaitaire. Mais il se fait que l'assurance maladie obéit à la fois au principe indemnitaire (en ce qui

concerne le remboursement des frais de santé) et au principe forfaitaire (pour la perte de revenu et le forfait hospitalisation).

✚ Gestion en répartition

La gestion en répartition s'oppose à la gestion en capitalisation. Dans ce système, l'assureur ne fait que répartir entre les assurés victimes de sinistres, la masse des primes versées par l'ensemble des membres de la mutualité qu'il a constituée et qu'il gère. Ainsi, les assurés non sinistrés au cours de l'année d'assurance auront perdu leurs primes au profit des assurés sinistrés qui eux auront perçu des sommes supérieures à la prime versée.

Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique

Poser les problèmes de l'assurance maladie au Bénin et leur trouver une piste de résolution impose d'exposer au préalable, brièvement, les pratiques d'assurance maladie dans le monde et en Afrique.

A. Tendances mondiales de l'assurance maladie

L'assurance maladie est diversement pratiquée à travers le monde. L'assurance maladie formelle, c'est-à-dire celle destinée à protéger les couches structurées formelles est la plus répandue. La formule adoptée dépend le plus souvent du niveau de développement économique de chaque pays. Dans de nombreux pays à revenu élevé, la couverture est universelle. L'Etat décrète et met en œuvre une couverture pour toute la population. Elle est d'ailleurs une des composantes fondamentales de la sécurité sociale.

L'assurance maladie en France⁵ est une des quatre branches de la Sécurité Sociale en France. Elle fait intervenir des organismes paritaires composés pour moitié des représentants des employeurs et des salariés gérant un service public. Elle est constituée de trois principaux régimes. Le régime général, géré par l'Assurance Maladie, l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France. Le régime agricole, géré par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), couvre les exploitants et les salariés agricoles. Le Régime Social des Indépendants (RSI) couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. Il existe également d'autres régimes dits spéciaux. Par exemple, le régime des mines.

⁵ Consulté le 16 juin 2012 sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Assurance_maladie_en_France

En Belgique, l'assurance maladie-invalidité est une assurance "soin de santé" obligatoire gérée par l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (l'INAMI). C'est un des fondements de la sécurité sociale belge. Cette assurance est en déficit de 634 millions d'euros en 2004, notamment à cause du vieillissement de la population et de la dégradation du rapport "nombre de cotisants" / "nombre de bénéficiaires". Le gouvernement fédéral belge en accord avec les acteurs du secteur médical recherchent différentes solutions à ce problème.

Les soins de santé de base des citoyens du **Québec** sont couverts depuis 1970 par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ), un organisme du gouvernement québécois.

Aux États-Unis, l'assurance maladie dépend surtout d'assureurs privés. Elle est universelle et volontaire. Les pouvoirs publics garantissent les soins aux personnes âgées (Medicare) ou démunies (Medicaid). La réforme de l'assurance maladie voulue par le président américain Barack Obama est votée par le Sénat en novembre 2009 et par la Chambre des Représentants le 21 mars 2010. Elle contraint tous les Américains à souscrire une assurance avant 2014 sous peine d'amende. Elle interdit aux assurances de refuser de couvrir leurs assurés en raison de leurs antécédents médicaux. Elle octroie une aide financière aux familles qui ont des revenus inférieurs à 88 000 dollars par an.

L'assurance maladie n'est pas non plus inconnue dans les pays en développement. « La plupart des régimes d'assurance sociale de ces pays ont adopté une approche très prudente à l'extension de la couverture au delà du secteur formel⁶ ». Dans ces pays l'assurance effective n'est souvent pas universelle.

On a alors recours à des régimes mixtes. Dans certains cas l'Etat rend obligatoire la couverture pour une catégorie précise de la population (secteur structuré), alors que dans d'autres cas, la souscription à l'assurance est volontaire. On peut citer en exemple la Chine, l'Indonésie, le Kenya et la Thaïlande.⁷

⁶BIT/WOUTER Van Ginneken. Sécurité sociale pour la majorité exclue : étude de cas dans les pays en développement : BIT, 2000. Page 11

⁷idem, ... page 1

B. L'assurance maladie en Afrique et en zone CIMA

En Afrique subsaharienne un grand nombre de gouvernements expérimentent ou examinent actuellement des plans visant à instaurer des régimes d'assurance maladie obligatoire ou universelle.

Nous illustrerons cette tendance à la réforme de l'assurance maladie en Afrique et particulièrement dans la zone CIMA par un exposé succinct des différentes initiatives au Mali et au Gabon et par la présentation de la situation du Rwanda.

1. Les initiatives malienne et gabonaise

L'Assemblée Nationale malienne a adopté en juin 2009 au terme d'un long processus, les textes nécessaires pour la mise en route de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Diverses études ont été menées dans ce processus. Les caractéristiques de l'AMO sur le plan technique se présentent ainsi qu'il suit.

- Un seul régime pour les salariés et les fonctionnaires, actifs et retraités avec unicité de panier de soins offerts.
- Les prestataires de soins conventionnés sont automatiquement l'ensemble des formations de soins publiques, communautaires, privées à but non lucratif dès lors que la qualité de leur service sera considérée comme satisfaisante et que les tarifs qu'elles pratiquent seront jugés acceptables.
- La garantie donne accès à ces formations conventionnées avec imposition d'un ticket modérateur de 20 ou 30 %.
- Sont exclus du panier de soin les maladies et interventions gratuitement prises en charge par l'Etat (lèpre, VIH, Césarienne etc.).

Le bénéfice du RAMED est accordé à 100% à toute personne considérée comme indigente. Son financement est assuré par l'Etat (65%) et les collectivités territoriales (35%).⁸

S'agissant du Gabon, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) est créée par ordonnance n° 22/2007/PR du 21 août 2007.⁹ Elle a

⁸ Le courrier de la CIPRES, bulletin d'information de la CIPRES n° 007. Octobre-décembre 2009. page 18

⁹ Le courrier de la CIPRES. N° 010. Juillet-Septembre .page 16

pour vocation de couvrir les frais de santé des chômeurs, des paysans, des travailleurs indépendants, des indigents et des personnes exclues des structures déjà existantes. La priorité de la caisse est de fournir une assurance maladie aux Gabonais Economiquement Faibles (GEF) en premier lieu ; puis d'étendre la couverture aux autres catégories de la population entre autres les fonctionnaires, les salariés et les professions libérales. Trois fonds sont créés pour la Caisse : le Fonds des GEF, le Fonds des agents publics et fonctionnaires de l'Etat et le Fonds des salariés du secteur privé.

2. L'exemple rwandais

Au Rwanda, l'assurance maladie fait partie du système général de protection sociale. Elle est assurée par la Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA), the Military Medical Insurance (MMI), les Mutuelles de Santé et les Sociétés d'assurance privées. La RAMA est chargée de la gestion du régime d'assurance maladie des agents de l'Etat et du secteur privé structuré, selon le choix de chaque employeur. La branche d'assurance maladie gérée par la RAMA couvre tous les soins médicaux (curatifs et préventifs) avec un ticket modérateur de 15% et une période de stage de 3 mois avant le début des remboursements.¹⁰ La MMI est une assurance maladie obligatoire de l'Armée basée sur le modèle de la RAMA.

L'assurance maladie des mutuelles de santé du Rwanda est « *un modèle innovant qui constitue une véritable success story pour toute l'Afrique* ». ¹¹ En effet le système permet de couvrir aujourd'hui près de 90% de la population rwandaise. Les mutuelles de santé couvrent tous les services médicaux offerts au niveau des centres de santé (paquet minimum), tous les services et actes de l'hôpital (paquet complémentaire) et tous les paquets tertiaires d'activité au niveau des hôpitaux nationaux de référence. Le montant de participation des mutuelles de santé est de 2000Frw (4.16)\$ par adhérent et par an, répartie comme suit : 1000 Frw à charge du bénéficiaire et 1000 à charge du Fonds National de Garantie des mutuelles de santé. Le ticket modérateur est fixé à 200 Frw au niveau des centres de santé et de 10% du coût d'hospitalisation dans les hôpitaux de district et dans les hôpitaux nationaux de référence.¹²

¹⁰ KAMWENUBUSA Théodore et al. Etude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi. WSM et LCM-ANMC. Bruxelles. Mars 2011.page 30

¹¹ Idem,...page 36

¹² Ibidem,...page 72

Les assurances privées apportent un complément substantiel de prestations en cas d'accidents ou de maladie. Les principales compagnies opérant dans le secteur sont la SORAS (Société Rwandaise d'Assurance), la CORAR (Compagnie Rwandaise d'Assurance et de Réassurance, AAR (Africa Air Rescue). Les assurés de ces sociétés sont principalement les sociétés privées, les organisations internationales, autres associations, les groupes, les familles et les individus. Les prestations sont les services d'urgence, les soins hospitaliers, les évacuations urgentes par avion et les soins funéraires. Un ticket modérateur souvent variable est laissé à charge du bénéficiaire.

Vu les efforts du gouvernement en matière d'assurance maladie on peut affirmer que le Rwanda est en bonne route vers une couverture maladie universelle.¹³ Concernant la zone CIMA et particulièrement le Bénin, quelle problématique soulève le sujet ?

C. Problématique

La convention n° 102 de l'OIT adoptée en 1952 dressait une liste de neuf (9) risques sociaux contre lesquels l'individu doit être protégé. La maladie vient en tête des risques à couvrir sous les termes de « soins médicaux » et « indemnités de maladie ». Malheureusement dans les pays en voie de développement notamment ceux de la zone CIMA et particulièrement au Bénin, la plupart des ménages supportent eux-mêmes leur frais de soins de santé au lieu d'être couverts par la sécurité sociale. C'est pourquoi, la déclaration d'Alma-Ata de 1978 ainsi que l'Initiative de Bamako de 1987 recommandaient « de voir dans les mécanismes d'assurance et de répartition des risques des solutions de rechange au système de paiement direct par l'utilisateur ».¹⁴

Plusieurs organismes tant au Bénin que dans les autres pays de la CIMA s'efforcent de couvrir et de gérer les risques liés à la santé. On peut citer pour le Bénin, les Mutuelles de Santé, le Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), les Mutuelles de Sécurité Sociale (MSS), les Compagnies d'Assurances. Les gestionnaires de ces organismes de prise en charge du risque maladie sont confrontés à des difficultés qui révèlent que l'assurance maladie est problématique pour plusieurs raisons. L'assurance maladie se heurte à des considérations socioculturelles, démographiques, économiques auxquelles s'ajoutent des caractéristiques liées à la situation

¹³ KAMWENUBUSA Théodore et al., opcit page 39.

¹⁴ OMS. Evaluation des réformes opérées dans le financement des services de santé Genève : OMS, 1993 in GATORANO Jean-Baptiste. Alternative de financement des soins de santé. Cotonou IRSP, 1994

sanitaire du Bénin, à la technique et à la notion même de l'assurance maladie. En effet, pour DOUGH LACEY « *l'assurance santé peut être définie comme une assurance conçue pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou par un accident* ¹⁵ ». L'assurance maladie telle que pratiquée par les sociétés commerciales a des avantages certains d'autant plus qu'elle est un instrument de sécurisation de l'individu dans une société qui perd de plus en plus ses valeurs traditionnelles et de solidarité manifeste. Ainsi, l'assurance maladie répond aux rôles économique et social de l'assurance.

Cependant des risques assurables gérés par les techniques assurantielles, le risque maladie se comporte comme une branche particulière des risques divers. Certains problèmes sont spécifiques à la gestion de l'assurance maladie. On cite parmi tant d'autres, la forte tendance à la fraude aussi bien des assurés que des prestataires de service, un taux de sinistralité dépassant les normes, les résultats déficitaires, la qualité de produit d'appel, l'ajustement de prime, le ticket modérateur. En plus de ces particularités, l'assurance maladie doit répondre aux contraintes classiques de gestion des assurances que sont : la sélection du risque, la mutualisation, la répartition, une tarification suffisante, la segmentation, l'inversion du cycle de production, le provisionnement des risques en cours, des sinistres à payer, la couverture des engagements réglementés, la marge de solvabilité, le respect des ratios de sinistralité, de fais généraux etc.

En outre, il semblerait que la notion de l'assurance en générale ou de l'assurance maladie en particulier n'a pas encore intégré la culture béninoise. Les conditions environnementales ne sont guère favorables et engendrent trop souvent d'affections ; surtout au sein des couches les moins nanties. Les assureurs se plaignent du manque d'harmonisation des tarifs entre assureurs d'une part et entre les centres hospitaliers d'autre part. A ces problèmes s'ajoutent des problèmes de bonne gouvernance et de compétence des dirigeants. Les insuffisances et les problèmes dégagés s'ils sont vérifiés confirmeront l'hypothèse selon laquelle la couverture du risque maladie est problématique.

Si le régime d'assurance maladie universelle institué par le Benin aujourd'hui à l'instar de certains pays de la zone CIMA tels que le Mali, le Togo et autres semble être la solution au problème de la couverture du risque maladie, il n'en demeure pas moins vrai

¹⁵ Cf NDOBO Basile. Cours d'Assurance des Risques Divers. DESS-A. promotion 2010-2012.IIA
Yaoundé.2011.page 94

que ce régime n'échappe pas à la problématique de la gestion du risque maladie. Notre recherche intitulé « *L'assurance maladie universelle face à la problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du Bénin* », tentera d'apporter des éléments de réponse aux questions ci-après :

- Que revêt le caractère universel de l'assurance maladie ?
- Les conditions socio démographiques, économiques et sanitaires actuelles du Bénin sont-elles favorables à la pérennisation du RAMU ?
- Que peut être l'assurance maladie dans un environnement, milieu de culture d'agents pathogènes ?
- Quelle forme de gestion et quelle gestion technique est adaptée à un tel régime d'assurance ?
- Sur quels atouts et expériences des compagnies d'assurances, l'ANAM pourrait-elle s'appuyer pour éviter les problèmes de la gestion de l'assurance maladie ?

Quelle méthodologie scientifique convient-il d'adopter pour la présente étude ?

SECTION2 : DU CANEVAS METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE A LA REVUE DE LITTERATURE

Cette section précisera la justification, les objectifs, les hypothèses, la méthodologie de l'étude (paragraphe 1) et la revue de littérature (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Justification de l'étude et méthodologie de recherche

Il s'agira d'abord de justifier l'étude, de poser ses objectifs (A) pour ensuite émettre des hypothèses de recherche et préciser la méthodologie adoptée (B).

A. Justification et objectifs

1. Justification

Partir des problèmes rencontrés par les sociétés d'assurances IARDT dans la gestion du risque maladie pour faire des propositions en vue de la pérennisation du RAMU est opportun pour trois raisons :

- ❖ La santé et les lourdes dépenses qui lui sont inhérentes engendrent de fâcheuses conséquences socio-économiques pour l'individu lui-même et la nation toute entière.

- ❖ Il est du devoir de l'Etat de couvrir la population contre la maladie. C'est pourquoi, la tendance mondiale est que l'assurance maladie prend de nos jours une allure sociale, obligatoire et étatique.
- ❖ Les assureurs privés ne doivent pas rester en marge de cette réforme ; leurs expériences en la matière doivent servir aux nouvelles initiatives.

Cette étude bien que pluridisciplinaire (médecine, économie de santé, sécurité sociale, assurances) se veut être un cadre de réflexion non pas de financement des services de santé ou de soins de santé, mais celui de la prise en charge anticipée de la maladie vue sous l'angle de l'assurance.

Elle s'intéresse à l'aspect social et technique de l'assurance maladie et utilise l'Agence Nationale de L'Assurance Maladie (ANAM) et les compagnies béninoises IARDT comme éléments d'essai.

2. Objectifs

La présente étude poursuit un objectif général et plusieurs objectifs spécifiques :

✓ *Objectif général*

Analyser les vulnérabilités des régimes d'assurance maladie universelle et faire des suggestions en vue de leur pérennisation en se basant sur les expériences des compagnies d'assurances.

✓ *Objectifs spécifiques*

1- Montrer que la gestion du risque maladie revêt quelques spécificités qui font de l'assurance maladie une assurance de « gestion de prime », une branche la plus souvent déficitaire.

2- Faire connaître aux compagnies d'assurances commerciales les particularités de l'assurance maladie de la sécurité sociale et montrer le rôle que celles-ci sont appelées à jouer dans la réforme de l'assurance maladie qui dorénavant est une tendance impérieuse.

3- Attirer l'attention des acteurs des régimes africains d'assurance maladie universelle sur les potentiels obstacles à la pérennisation de l'initiative et leur proposer des

mesures préventives ou correctives partant des expériences des compagnies privées d'assurance.

B. Hypothèses et méthodologie

1. Hypothèses

Etudier "le RAMU face à la problématique de la gestion du risque maladie" de façon objective nécessite que notre recherche soit menée sur la base des hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : la gestion de l'assurance maladie est problématique.

Hypothèse 2 : la couverture universelle en assurance maladie implique divers acteurs dont principalement l'Etat.

Hypothèse 3 : le RAMU est exposé à des obstacles.

2. Méthodologie

Notre processus de recherche a connu trois (3) phases méthodologiques : la phase de collecte des données, la phase de dépouillement-traitement et celle d'analyse des données.

- ✓ **Technique de collecte des données** : entretien individuel, enquête sur questionnaire, recherche documentaire, recherche internet.
 - L'entretien individuel a consisté à interroger des personnes ressources : administrateurs et inspecteurs des assurances, de sécurité sociale, d'action sanitaire ; médecins, économistes de santé, gérants de mutuelles de santé, mutualistes, assurés etc.
 - L'enquête sur questionnaire s'est faite au sein des compagnies privées d'assurances, des sociétés de courtage d'assurances, de l'ANAM et des mutuelles de santé.
 - La recherche documentaire a consisté en une fouille bibliographique de documents écrits sur le système de santé au Bénin et dans le monde, sur l'assurance maladie, la sécurité sociale et le mouvement mutualiste.
 - Nous avons particulièrement consulté les mémoires, les travaux de recherche sur l'assurance maladie, les rapports d'ateliers et de séminaires sur le processus de mise en place du RAMU.
 - La recherche internet a permis d'avoir des informations générales sur l'assurance maladie dans le monde.

✓ **Technique de dépouillement et de traitement des données.**

Le dépouillement et le traitement ont été réalisés manuellement.

✓ **Technique d'analyse des données**

L'analyse a été sous-tendue par le souci d'être objectif et de dégager des correspondances.

Paragraphe 2 : Revue de littérature

De nombreux écrits ont été produits sur l'assurance maladie, la sécurité sociale, l'économie de santé et des disciplines qui leurs sont voisines. Une brève revue des questions liées au présent thème de mémoire s'avère nécessaire pour la délimitation du sujet et une meilleure compréhension de la suite du développement.

✍ Assurance maladie

Pour **DUPEYROUX J.J.**, l'assurance maladie a un double rôle :

- permettre à l'assuré et aux personnes à sa charge de bénéficier des prestations médicales et paramédicales nécessitées par la maladie ;
- compenser par des prestations en espèces, la perte de salaire subie par l'assuré empêché de travailler.

L'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), dans l' « *Avenir de la sécurité sociale en Afrique francophone*. 1ère édition– Abidjan : AISS, 2001. » donne les précisions suivantes relatives à l'assurance maladie.

L'assurance maladie prend deux (2) formes générales, à savoir volontaire privée et publique obligatoire.

- L'assurance maladie publique fait référence aux systèmes d'assurance maladie sociale obligatoire ou légale, couramment connus sous le nom d'assurance maladie de la sécurité sociale.
- Le système volontaire privé d'assurance maladie est un système où chacun est libre de s'acheter sa protection auprès d'une compagnie d'assurance.

L'assurance maladie est universelle lorsqu'elle est ouverte à tous sans distinction professionnelle. Elle est dite sectorielle lorsqu'elle est destinée à une couche sociale définie ou à un secteur professionnel déterminé.

✍ **Micro assurance de santé**

Dans leur ouvrage « *La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu* » (2005) **Alain et Aude PAVY- LETOURMY** estiment que le concept de la micro assurance de santé serait celui de « régime volontaire de groupes pour l'auto-assistance en matière d'assurance maladie sociale ». Selon ces deux auteurs, les formes de micro assurance de santé permettent à priori :

- de mobiliser des ressources supplémentaires et stables, exclusivement pour les soins de santé. Les ressources privées des ménages collectées servent à prévenir les risques de maladie, plutôt que d'être dépensées au moment de la maladie, facteur aggravant la plus part du temps, la situation financière des ménages ;
- de briser la barrière financière d'accès aux soins dans un cadre de recouvrement des coûts ;
- d'opérer la redistribution des ressources entre différents assurés.

✍ **Assurance maladie universelle**

A travers leur article « *L'assurance maladie sociale : les facteurs clés qui affectent le passage à la protection universelle* », **Guy Carrin et Chris James** font remarquer que l'objectif des systèmes de financement de la majorité des pays du monde serait d'offrir à toute la population une protection suffisante à prix abordable contre le risque financier compte tenu du coût des soins de santé. Cet objectif pour eux est synonyme de protection universelle. La protection universelle recouvre deux aspects différents : **des soins de santé suffisants** et **des soins de santé pour tous**. La protection universelle fait appel à un concept essentiel de la politique de financement des soins de santé qui est celui de la mise en commun des risques. Pour aboutir à la protection universelle, il existe grosso modo deux possibilités : celle de financement par les recettes fiscales et celle de l'assurance maladie sociale, qui implique l'affiliation obligatoire de toute la population.¹⁶

L'article de **Dorjsuren Bayarsaikham et al** « *Développement de l'assurance maladie sociale en Mongolie : Réussites, problèmes et enseignements* » du volume 58, n° 4

¹⁶ Revue Internationale de Sécurité Sociale ; vol 58, n°1 janvier-mars 2005.page 56

octobre-décembre 2005 de la Revue Internationale de Sécurité Sociale, montre que l'on peut arriver à une couverture universelle dans les pays en voie de développement à travers un régime national unique qui couvre dès le départ les secteurs formels et informels. Une autre solution serait de commencer par le secteur salarié structuré, puis d'élargir lentement la couverture à l'économie non structurée, ou bien de créer des régimes distincts pour les deux groupes de population. Cet article aborde deux problèmes essentiels de l'assurance maladie sociale : financement des hôpitaux et développement du secteur privé, et l'inflation des dépenses de soins de santé.

✍ Gestion de l'assurance santé dans les compagnies

ALI SOFFO Ibrahima, MST-A,¹⁷ 9^{ème} promotion aborde dans son rapport de stage le problème des compagnies d'assurance en ces termes « *L'assurance santé est un marché difficile et complexe à la rentabilité incertaine et peu maîtrisée. De toutes les branches d'assurances, c'est probablement celle qui donne lieu aux plus grandes différences entre marchés dans sa gestion* ».¹⁸ Il estime que compte tenu du caractère éminemment social du risque maladie, l'intervention de l'Etat ou d'autres collectivités publiques est plus que nécessaire pour permettre même aux plus défavorisés, un accès aux soins.

Pour **SOUHOUNDAMADJI Mberkoubou** ; 8^{ème} Promotion MST-A, les problèmes de gestion de la branche maladie sont tant d'ordre interne qu'externe. Par exemple, les problèmes d'ordre interne rencontrés par la SAFAR, compagnie tchadienne sont liés à la souscription, la gestion et au règlement des sinistres maladie en général. Au niveau des tarifs maladie, l'on constate que les primes sont inadéquates avec les garanties offertes. La mauvaise foi des assurés, la méconnaissance par ceux-ci des clauses contractuelles du fait que les contrats sont généralement souscrits par les employeurs et les cas fréquents de fraude sont les principaux problèmes d'ordre externe.

SEDEGAN Dayane dans son rapport de stage intitulé « *La gestion des sinistres en assurance maladie à la SAARB Assurances (Société d'Assurances et de Réassurances du Bénin)* », considère que l'intervention de l'assureur dans l'accès aux soins médicaux n'est plus à démontrer. Cependant, pour lui, le mécanisme de fonctionnement fondé sur le tiers-

¹⁷ Maîtrise en Sciences et Techniques des Assurances /I.I.A de Yaoundé

¹⁸ ALI SOFFO Ibrahima. *La gestion de l'Assurance maladie dans la zone CIMA : Cas de la CAREN*. MST-A 9^{ème} promotion. IIA Yaoundé 2010. page 1

payant, rencontre certaines difficultés qui expliquent que l'assurance maladie est l'une des branches dont les résultats sont déficitaires.

RAMU du Bénin

Hugues TCHIBOZO, économiste de la santé restitue le processus d'institution du RAMU sous forme de questions/réponses dans un article publié dans la lettre d'info n° 004 de la Communauté de Pratique Accès Financier au Soins de Santé de janvier 2012, intitulé « *Vers l'instauration d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin : le RAMU en dix questions et réponses* ». Les points abordés dans cet article concernent la justification et le contenu de l'initiative, les objectifs et la planification du processus, les principes de base, les orientations stratégiques et l'architecture du RAMU, les sources de financement et les atouts pour la réussite de cette initiative.

La revue de littérature sur la problématique posée nous permet de nous attarder dans le chapitre suivant sur la collecte et l'analyse des données afin de vérifier notre hypothèse 1 selon laquelle la gestion de l'assurance maladie serait problématique.

CHAPITRE 2 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES SUR L'ASSURANCE MALADIE

Les données sur l'assurance maladie au Bénin ont trait au marché de l'assurance santé (section 1) et à la gestion du risque maladie au sein des compagnies d'assurances (section 2).

SECTION 1 : LE MARCHE DE L'ASSURANCE SANTE AU BENIN

Le marché de l'assurance maladie est principalement dominé par les compagnies d'assurances (paragraphe 1). Toutefois, parallèlement aux compagnies, quelques structures offrent une certaine forme de couverture santé (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Le Régime de la CIMA

Il est composé principalement des compagnies (A) et des courtiers (B). Mais d'autres acteurs non moins importants interviennent sur le marché. Ce sont la Commission Régionale du Contrôle des Assurances (CRCA), l'autorité nationale du contrôle des assurances qui est la Direction des Assurances, les réassureurs et l'Association des Sociétés d'Assurances du Bénin (ASA).

A. Les compagnies

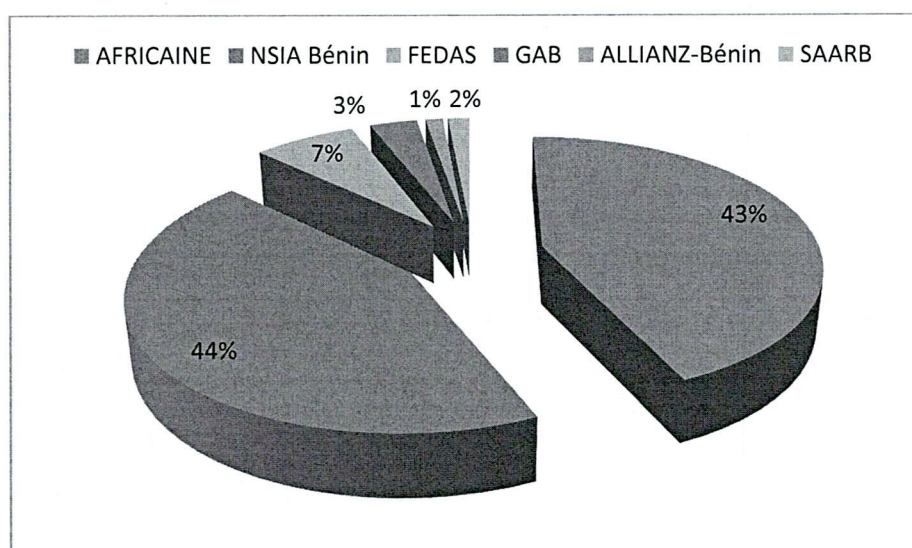
La compagnie d'assurances est une personne morale constituée soit en société anonyme, soit en société mutuelle à cotisation variable ou fixe et agréée par les autorités compétentes. La compagnie d'assurances est dite assureur dans un contrat d'assurance. C'est la personne qui contracte avec le souscripteur, reçoit la prime ou la cotisation et s'engage à indemniser l'assuré en cas de sinistre. L'obligation de spécialisation réserve la commercialisation des produits d'assurance maladie aux sociétés non vie encore appelées sociétés IARDT. Au Bénin, en 2010 six (6) sociétés IARDT offrent la couverture en assurance maladie.

Tableau 1: Part de l'assurance santé dans le Chiffre d'Affaires des Compagnies en 2010 (en millions de FCFA)

Compagnie	Chiffres d'Affaires (C.A.)						
	AFRICAINNE	NSIA Bénin	FEDAS	GAB	ALLIANZ-Bénin	SAARB	TOTAL
C.A. Santé	2 787,47	2 811,95	452,21	212,09	77,18	94,73	6 435,63
C.A. Total	7 308,82	7 016,36	5 308,18	2 059,72	1 271,63	816,91	23 781,63
Part (%)	38 %	40 %	9 %	10 %	6 %	12 %	27 %

Source : réalisé par l'auteur à partir des chiffres du marché de l'assurance, édition 2010 (D.A.)

En 2010 la branche santé représente en moyenne 27 % du Chiffre d'affaires des compagnies. Cette branche constitue une part importante du portefeuille de l'Africaine (38%) et NSIA Bénin (40%) comme l'illustre le tableau ci-dessus.

Graphique 1: La part de chaque compagnie dans le Chiffre d'Affaires Santé en 2010

Source : les chiffres du marché de l'assurance, édition 2010

En 2010 sur six (6) compagnies IARDT, deux compagnies se partagent la plus grande part du chiffre d'affaires santé : la NSIA Bénin et l'Africaine des Assurances occupent respectivement 44 et 43% du Chiffre d'Affaires globale. Viennent ensuite la FEDAS (7%), la GAB (3%), la SAARB (2%) et ALLIANZ-Bénin (1%).

B. Les courtiers

Les courtiers d'assurance sont des commerçants habilités à présenter les produits d'assurance. Ils interviennent en tant que mandataires des assurés. A ce titre, ils sont appelés assureurs conseil de leurs clients. Certains courtiers du marché s'investissent dans la gestion déléguée de l'assurance santé, mise à part leur activité d'intermédiaires des assurances. En effet, les sociétés de gestion maladie sont des sociétés à qui certains assureurs confient la gestion de leur portefeuille ou sinistres maladie notamment l'analyse, le traitement, et le remboursement des frais nécessités par la maladie et mises à la charge de l'assureur. Le rôle de ces sociétés dépend des conventions qui les lient aux compagnies d'assurances. En contrepartie de leur prestation, les gestionnaires perçoivent des honoraires de gestion qui varient entre 10% et 12,5 % de la prime. Au Bénin, ces gestionnaires sont les courtiers ASCOMA et GRAS SAVOYE.

Paragraphe2: Les autres régimes

Il s'agit essentiellement du régime libre de l'informel (A) que constituent les mutuelles de santé et les mutuelles de sécurité sociale d'une part et le régime obligatoire des travailleurs du secteur formel d'autre part (B).

A. Le régime libre de l'informel

1. Les Mutuelles de Santé (MS)

Une mutuelle de santé respecte généralement les principes de volontariat, de non lucrativité, de solidarité, d'indépendance et de démocratie. Les adhérents sont en majorité dans la pratique, des agriculteurs, des éleveurs, les hommes de métiers informels et des commerçants. La principale activité des mutuelles de santé se résume en l'assurance contre les risques maladies liés à la personne (soins, hospitalisation, grossesse etc.) et la participation aux activités de promotion et d'éducation à la santé. Les soins sont fournis par les centres de santé et de pharmacie avec lesquels la mutuelle est en partenariat. Outre l'appartenance au groupe social ciblé, l'adhésion aux mutuelles de santé est subordonnée pour certaines d'entre elles, au paiement d'un droit d'adhésion qui peut atteindre 5.000 FCFA par groupe ou par famille. Les cotisations généralement faibles varient d'une mutuelle à une autre.

Plusieurs études sur ces associations ont permis de noter des problèmes liés à l'abus et à la fraude au niveau des mutualistes et des prestataires de soins de santé, des difficultés de recouvrement des cotisations, une méconnaissance par les populations des mutuelles de santé, la formation des responsables et gestionnaires, l'insuffisance de l'encadrement technique, le mauvais accueil des adhérents par le personnel de santé, la mauvaise qualité des soins, l'absence de réunions régulières entre adhérents et responsables etc.

2. Les Mutuelles de Sécurité Sociale (MSS)

L'Etat béninois a institué et implanté dans les départements des Mutuelles de Sécurité Sociales (MSS) pour le secteur informel. La MSS couvre les risques de vieillesse et de maladie. L'adhésion à la mutuelle de Sécurité Sociale est subordonnée au paiement d'un droit minimal d'adhésion de 5.000 FCFA et à la fourniture de certaines pièces d'identité. La cotisation mensuelle pour l'assurance maladie est de 2.400 FCFA par famille de quatre (4) personnes et est majorée de 25 % par personne supplémentaire. Tous les soins nécessités par la maladie et les accidents sont couverts avec un ticket modérateur variant entre 10 et 30%. Les mutuelles de sécurité sociale sont confrontées à la réticence des populations, au manque de culture de la prévoyance et de la mutualisation du risque.

B. Le régime obligatoire formel

1. Le régime de prise en charge des fonctionnaires

Il existe un régime de prise en charge de la maladie géré par le Ministère des Finances et de l'Economie, destiné aux fonctionnaires civils et militaires. Son fonctionnement est assuré par le budget national ou par une caisse spéciale.¹⁹

Sont pris en compte, le titulaire (fonctionnaire en activité ou à la retraite), son conjoint, les enfants de moins de 20 ans et les orphelins de moins de 21 ans. Ceux-ci jouissent d'une prise en charge des soins octroyés dans les hôpitaux publics, en cas de nécessité sur présentation d'un bulletin délivré par leurs services. Les prestations sont couvertes à hauteur de 80 %, excepté les soins de spécialité et les frais pharmaceutiques qui ne sont pas du tout concernés. Les frais liés à l'évacuation sanitaire sur l'étendue ou à l'extérieur du territoire national sont pris en charge à 100 %.

¹⁹ FNRB : Fond National de Retraite du Bénin destiné aux retraités de la fonction publique et ayants droit.

Ce régime est très limité et très sélectif. Les personnes couvertes ne représentent qu'une infime proportion de la population béninoise. Les produits pharmaceutiques qui pourtant constituent la part la plus importante du coût d'un épisode de maladie ne sont pas couverts, ainsi que les soins dits de spécialité. Ce régime n'est pas à l'abri des conséquences d'une éventuelle récession économique du fait qu'il est financé par les ressources publiques de l'Etat.

2. L'action sociale et sanitaire de la CNSS

Les centres médico-sociaux des agences départementales de la CNSS sont chargés de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale de la Caisse. Le centre médico-social a pour mission la prise en charge de la santé de la mère en état de grossesse et de l'enfant. Les prestations médicales de ce centre sont de trois (3) ordres : l'action préventive, l'action curative, les analyses biomédicales. Le financement de ces prestations en nature déployées par la CNSS est assuré par les cotisations de la branche des prestations familiales.

Ce système d'assurance maladie de la CNSS comporte de nombreuses insuffisances. Il concerne une cible restreinte de la population. En plus de l'immense majorité de la population travaillant dans le secteur informel, ce régime exclut les hommes affiliés et les femmes non en couches, ainsi que leurs enfants ayant atteint l'âge de scolarisation.

3. L'assurance santé liée à l'entreprise

Le code du travail²⁰ ainsi que la convention collective générale du travail²¹ et certaines conventions particulières, mettent à la charge de l'employeur, les soins médicaux et hospitaliers nécessités par la santé du salarié et de sa famille. Ces textes visent à compenser le vide laissé par la CNSS en matière d'assurance maladie. La mise en œuvre des dispositions de ces textes devrait passer par une souscription de l'employeur au nom de son employé, auprès des compagnies privées d'assurance.

Mais le faible nombre d'assurés des compagnies privées laisse confirmer que plusieurs chefs d'entreprise ne se sont pas conformés aux dispositions du Code du Travail et de la Convention Collective Générale des Travailleurs.

Le marché de l'assurance santé ainsi présenté, qu'en est-il de la gestion du risque maladie au sein des compagnies ?

²⁰cf article 98 de la loi 98-004 du 27 Janvier 1998 portant code du travail au Bénin

²¹cf convention collective générale du travail du 30 décembre 2005

SECTION 2 : LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE AU BENIN

Cette section sera consacrée à la gestion de l'assurance maladie dans les compagnies d'assurances opérant au Bénin conformément au Code des Assurances de la CIMA, cadre institutionnel de notre étude. Deux grandes phases marquent la gestion : la production (paragraphe 1) et le sinistre (paragraphe 2). Le paragraphe 3 renseigne sur les chiffres liés à la gestion.

Paragraphe1 : La production

Nous nous limiterons ici à faire connaître l'objet des différents contrats (A) et à mettre en exergue quelques-unes des particularités techniques de l'assurance maladie (B).

A. L'objet du contrat

Le contrat d'assurance maladie a pour objet de protéger les personnes assurées contre les conséquences pécuniaires de la maladie mais aussi celles de la maternité et de l'accident. L'assurance santé quant à elle a pour objet de garantir à l'assuré le remboursement des frais qu'il a dépensés à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. C'est cette assurance que commercialisent la plupart des sociétés d'assurance opérant sur le marché béninois.

1. Les garanties du contrat

a. Les garanties de base

L'assurance maladie est offerte sous deux formes : « prestation en nature » et « prestation en espèce ». La forme la plus usuelle est la garantie prestation en nature. Par ce contrat, l'assureur couvre uniquement le remboursement des frais nécessités par le traitement : frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, actes de spécialités, de sanatorium ou de préventorium.

b. Les garanties complémentaires

La garantie de base est le remboursement des frais directement liés au traitement d'une maladie reconnue par le corps médical. Cette garantie est néanmoins circonscrite par un certain nombre d'exclusions, certaines pouvant être rachetées moyennant surprime, par des extensions.

- ✓ Evacuation sanitaire
- ✓ Soins à l'étranger

- ✓ Soins dentaires
- ✓ Optique médicale
- ✓ Rapatriement des corps
- ✓ Frais funéraires ou frais d'obsèques

c. Les prestations en espèce ou forfaitaires

Le contrat prestation en espèce ou perte de revenu couvre les pertes de revenus liées à l'arrêt maladie. L'assureur paye à l'assuré, selon les termes du contrat, une « indemnité journalière » du fait de l'incapacité temporaire, et/ou versera une rente fonction de « l'Invalidité Permanente », Partielle ou Totale.

❖ Indemnité journalière.

C'est une somme forfaitaire versée à l'assuré en cas d'arrêt maladie. Elle est calculée par multiplication du forfait journalier par le nombre de jours d'arrêt de travail imposés par le médecin-traitant et éventuellement confirmés par le médecin-conseil de la société.

❖ Rente annuelle pour invalidité permanente.

Si à la fin du douzième mois d'incapacité, l'assuré est atteint d'une invalidité permanente, il a le droit à une rente annuelle, payable en général à trimestre échu.

2. Les exclusions de risques

Elles sont classiques ou spécifiques, légales ou conventionnelles. Elles sont sous-tendues par le souci d'écarter les risques certains, les risques tarés ou les malades grabataires de la couverture d'assurance afin de ne pas déséquilibrer le portefeuille ou de faire face à des sinistres trop lourds. Certaines exclusions sont rachetables moyennant surprime. Chaque compagnie dresse la liste des exclusions.

Par exemple, en matière de pharmacie, ne sont pas remboursés, les produits d'hygiène corporelle ou alimentaire, les eaux minérales, les produits diététiques, les produits de confiserie médicamenteuse, les vins et élixirs, les accessoires à usage médical (thermomètres, bouillottes...).

A. Quelques particularités techniques

Les abus et fraudes rencontrés par les assureurs maladie les ont conduits à proposer certaines clauses aux assurés ou aux prestataires et à adopter des techniques particulières.

1. Le tiers payant

C'est un organisme lié au malade qui prend directement en charge les frais de traitement en supprimant le flux financier entre le malade et le corps médical. Ainsi le tiers payant comme le nom l'indique est un tiers au contrat qui lie le patient au prestataire ; il paie la facture en lieu et place du bénéficiaire de soins. Le système du tiers payant permet de réaliser l'objectif de réduction du phénomène du paiement direct visé par l'assurance maladie et a pour effet de ne pas gêner le malade dans sa demande de soins médicaux.

2. Le ticket modérateur

Il est défini comme la quote-part du coût des soins que l'assurance maladie laisse à la charge de l'assuré. C'est la franchise généralement imposée dans le but de limiter le risque moral fréquent en assurance maladie. L'assureur peut prévoir plutôt une franchise globale fixe par an.

3. Le délai de carence et le délai d'attente

Afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés, l'assureur prévoit généralement dans le contrat, un délai de carence ou délai d'attente ou encore, délai de stage. Ce délai court à partir de la prise d'effet du contrat et est généralement sélectif. Le délai de carence ou d'attente ne joue pas pour les cas d'accident.

Quelques exemples de délais de carence :

- environ 15 jours pour les maladies dont la période d'incubation est courte (exemple : varice, rougeole, choléra, ...) ;
- 12 mois pour les maladies chroniques et les tumeurs (exemples : kystes, leucémie, tuberculose, etc..., prothèses dentaires, lunetterie) ;
- 9 à 12 mois pour la maternité, lorsqu'elle est assurée.

Le délai de carence permet, après son expiration, la prise en charge des maladies constatées même pendant cette période. C'est la formule la plus utilisée.

Le délai d'attente par contre permet à l'assureur de ne pas prendre en charge les maladies constatées avant son expiration.

Dans tous les cas, la première constatation médicale doit être postérieure à la date de prise d'effet, sauf accord de l'assureur.

4. La clause d'ajustement

Prévue dans certains contrats, la Clause d'Ajustement est un mécanisme qui permet de fixer à chaque renouvellement, la nouvelle prime en fonction du rapport S/P calculé à la fin de l'exercice. Cette clause qui a l'avantage de modérer la consommation de l'assuré, déroge un temps soit peu au principe de la mutualité et de l'inversion du cycle de production.

Tableau 2: Exemple de clause d'ajustement

RAPPORT S/P	POURCENTAGE D'AJUSTEMENT
0 à 44 %	Réduction de 25 %
45 à 54 %	Réduction de 15 %
55 à 64 %	Réduction de 05 %
65 à 74 %	Sans changement
75 à 84 %	Majoration de 15 %
85 à 94 %	Majoration de 30 %
95 à 114 %	Majoration de 50 %
115 à 129 %	Majoration de 70 %
130 % et plus	Majoration de 100 %

5. La réassurance

L'assurance maladie échappe très souvent à la réassurance en raison des sinistres fréquents et de ces résultats déficitaires. Le risque maladie n'est pas un risque prisé par les réassureurs. L'assureur maladie ne bénéficie donc pas comme indiqué des avantages de la réassurance ; notamment ceux qui lui permettent d'améliorer ses résultats grâce à la répartition et d'équilibrer ses résultats techniques d'une année sur l'autre.

6. La provision pour sinistre à payer

Les provisions techniques constituant la masse la plus importante des dettes de l'assureur, elles doivent être représentées par des placements générateurs de produits financiers. Ces produits financiers devraient servir à équilibrer les résultats techniques très souvent déficitaires. La fréquence élevée des règlements de sinistres ne permet pas la constitution d'importantes provisions. En conséquence, l'assureur ne peut même pas espérer que des résultats financiers quasiment nuls viennent combler les résultats

techniques. La branche maladie n'est commercialisée par les assureurs que comme un produit d'appel.

7. Un produit d'appel

Le produit d'appel est un produit vendu avec une très faible marge bénéficiaire et qui attire la clientèle en raison de son bas prix (prix d'appel). L'assurance maladie répond à cette caractéristique du fait qu'elle n'est très souvent pas rentable mais devrait permettre à l'assureur d'introduire l'assuré dans son portefeuille général afin de lui proposer d'autres produits. Les mauvais résultats enregistrés en maladie seront donc compensés par les autres branches souscrites par l'assuré.

8. Une assurance de gestion de prime : « contrat d'entretien »

L'assurance maladie se comporte comme un contrat dont l'objet consiste pour l'assureur à gérer la prime déposée par l'assuré dans un compte séparé dans le but de régler les factures des soins produits par les prestataires. Au cours d'une année d'assurance la probabilité que chaque assuré tombe malade est quasi certaine ; en plus les abus liés au risque maladie engendrent très souvent une inflation des dépenses. Les techniques de l'assurance et particulièrement la mutualisation sont battues en brèche et les petits sinistres sont multiples et réguliers. Cette caractéristique de l'assurance maladie amène les assureurs à appliquer la clause d'ajustement par la formule des ratios s/p et la formule des comptes de résultat.²² Si l'application d'une telle clause a le mérite de freiner la consommation des assurés, elle confère cependant à l'assurance maladie le caractère d'un simple contrat d'entretien. Ce flou conceptuel de l'assurance maladie profite à certains courtiers et autres sociétés de gestion comptable qui pratiquent directement l'assurance maladie au détriment des compagnies d'assurance en prétextant une simple gestion de fonds.

Paragraphe 2 : Le sinistre

Le sinistre est l'événement qui fait jouer la garantie de l'assureur. Il convient de prime abord de clarifier la notion de maladie (A) pour ensuite s'attarder sur les différents systèmes de gestion (B) et aboutir enfin au calcul du remboursement (C).

²² Ce compte fait apparaître au débit la consommation et au crédit la prime de l'assuré.

A. La notion de sinistre en assurance maladie

On parle de sinistre en assurance maladie lorsque survient une maladie telle que définie par l'assureur. Mais avant de définir la maladie selon les assureurs, il convient de se pencher sur une autre définition de ladite notion.

Le dictionnaire Petit Larousse 2010 définit la maladie comme une « *altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à un syndrome)* ».

Pour l'assureur, la maladie peut être définie comme « *une altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente* ». ²³ Afin de pouvoir se faire indemniser, tout assuré doit-il justifier obligatoirement d'une maladie conforme à cette définition ? La réponse à cette question exige un bref commentaire des deux composantes de la définition de la maladie par l'assureur.

1. Une altération de la santé

L'altération de la santé peut être causée par un agent pathogène : microbien, chimique, environnemental, biologique ou peut relever de l'accident corporel. Elle est constatée à la suite d'une consultation médicale à partir de symptômes, de signes cliniques ou d'un mauvais fonctionnement des organes, et confirmée à l'aide d'appareillage précis ou par des tests ou examens de laboratoire.

Convient-il de continuer à appliquer cette définition dans notre environnement africain si l'on sait que certains malaises, bien que présentant des signes d'affections connues sont infirmés par des tests dont les résultats sont révélés négatifs ? Peut-on affirmer aujourd'hui que la médecine occidentale a suffisamment évolué pour avoir la solution à toutes nos maladies ?

2. Une autorité médicale compétente

La seconde condition pour qu'une maladie revête le caractère de sinistre appelant la garantie de l'assureur est le constat d'une autorité médicale compétente. L'autorité

²³Cf. NDOBO Basile. Cours d'Assurance des Risques Divers. DESS-A. promotion 2010-2012.IIA
Yaoundé.2011.page 93

compétente généralement admise est un praticien titulaire d'un diplôme de doctorat en médecine reconnu dans le pays d'exercice et inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins. Mais dans la pratique l'assurance maladie ne serait-elle pas dénudée de son sens si cette exigence devrait-être appliquée rigoureusement ? En effet, les ratios nombre de médecins par habitants dans nos contrées ne suivent pas les normes requises pour le respect strict de cette condition. Que dire encore de la constatation et de la prescription des actes de spécialité uniquement par des médecins spécialistes ?

En résumé, on dit qu'il y a sinistre lorsque tout assuré ou bénéficiaire de contrat d'assurance maladie expose des frais lors de la survenance d'un événement garanti (maladie, accident, maternité) suite à une prescription médicale. Si cette définition de la maladie est reprise par l'assurance maladie universelle, l'obligation de l'assurance maladie pourrait constituer en quelque sorte une obligation de recours à la médecine moderne. Ce qui paraît injuste. L'avènement du RAMU donnera l'occasion de faire des constats presque invraisemblables qui à coups sûrs donneront lieu à des mécontentements et à la révision des positions. Quels sont les différents systèmes de gestion du sinistre maladie ?

B. Les différents systèmes de gestion

Deux systèmes de gestion s'offrent aux assurés : le système classique et le système du « tiers payant ».

1. Le remboursement direct de l'assuré

Dans le système classique ou traditionnel, l'assuré a le libre choix de l'officine pharmaceutique ou du centre de santé. Il paie la totalité des frais et envoie ensuite les justificatifs à l'assureur pour le remboursement des frais engagés.

Le service maladie procède au traitement des factures sur cette base et procède au règlement selon le taux de couverture et le plafond de remboursement choisi par l'assuré.

2. Le système du « tiers payant » et le bon de prise en charge

Dans le but de mieux servir leurs clients et d'éviter un flux financier important entre le prestataire et ces derniers, les compagnies d'assurances agréent certains hôpitaux, cliniques et pharmacies où il est loisible au bénéficiaire du contrat de se présenter. Il reçoit les soins et se fait servir les médicaments en s'acquittant de la partie des frais laissés à sa

charge ; c'est-à-dire le ticket modérateur. La différence entre les dépenses effectuées et le ticket modérateur est remboursée au prestataire par le tiers payant.

Les prestataires exigent souvent des patients des bons de prise en charge délivrés par l'assureur pour certains soins, actes médicaux et examens particuliers non expressément exclus (hospitalisation de longue durée ou frais de lunetterie par exemple).

C. Le calcul de remboursement

La procédure de remboursement a lieu presque de la même façon quelque soit le système de gestion.

1. Les démarches de l'assuré

Sous le mode de remboursement direct, en cas de maladie, l'assuré, après s'être soigné, doit fournir à l'assureur toutes les ordonnances, factures, et autres justificatifs des dépenses revêtus des sceaux sans surcharges ni fraudes des médecins traitants et des pharmacies.²⁴

Sous le mode de tiers payant, le patient assuré se présente dans une clinique ou dans un hôpital conventionné pour se faire consulter et ensuite se rend dans une pharmacie également conventionnée avec ses ordonnances pour s'approvisionner en médicaments. Les pharmacies et les cliniques conventionnées enverront ensuite les factures à l'assureur pour le règlement.

2. Les pièces justificatives

Les pièces justificatives sont essentiellement :

- une fiche de déclaration maladie dûment remplie et signée en se conformant strictement aux prescriptions qui y sont mentionnées ;
- les reçus des frais de consultation, analyses, radiographie, optiques, soins dentaires, soins médicaux ;
- les prescriptions médicales relatives aux frais d'analyses, médicaments de pharmacie, radiographie, optiques, kinésithérapie et autres spécialités ;
- les tickets de caisse attestant du paiement des médicaments et les vignettes ;
- en cas d'accouchement, une copie originale de l'extrait d'acte de naissance du

²⁴ SOUHOUNDAMADJI MBERKOUBOU. *Problématique de la gestion de l'assurance maladie*. MST A 8^{ème} promotion. IIA Yaoundé 2008. page 32

nouveau-né ;

- les bons de prise en charge s'il y a lieu.

Dès réception, l'ensemble de ces documents est soumis à l'appréciation du médecin conseil de la compagnie d'assurance.

3. Le rôle du médecin conseil

Le travail du médecin conseil détaillé comme suit, consiste en la vérification des factures et ordonnances provenant des prestataires conventionnés ou non. Il vérifie :

- le bon remplissage de la fiche de déclaration du risque ;
- l'existence d'une ordonnance médicale et la qualification de l'agent traitant ;
- la concordance de la pathologie et des médicaments prescrits et indique ceux qui sont des simples médicaments ou vitamines ;
- les exclusions et les relève ;
- que les médicaments achetés sont prescrits ;
- la concordance de leur montant sur le ticket de caisse et la facture.

Suite à cette vérification, le médecin conseil indique les produits à exclure, ceux qui doivent être remboursés.

4. L'activité du régleur sinistre

Le rôle du régleur sinistre est de traiter les factures en application des conditions générales et particulières du contrat. Pour ce faire il :

- reçoit les réclamations (lettres de réclamations, ordonnances, factures, tickets de caisse ...) ;
- vérifie si le contrat dont le numéro de police figure sur la fiche de déclaration, existe et est en cours ;
- applique les garanties offertes, le délai de carence, les plafonds, les exclusions, le ticket modérateur et le taux de couverture ;
- vérifie la concordance du contenu, les montants, la nature des actes, médicaments et soins entre les factures et le bon de prise en charge s'il a été délivré préalablement ;
- recherche dans la police, le numéro de matricule de la famille concernée et vérifie que le patient est membre de la famille et possède un numéro que l'on

inscrira sur la facture ;

- vérifie les noms des assurés par confrontation aux noms figurant sur la liste générale et ceux des fiches de déclaration et ordonnances ;
- vérifie que le patient a reçu un bon de prise en charge en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures, de remboursement de frais d'optique ou de soins de spécialité nécessitant la délivrance de ce bon ;
- de même en cas de remboursement des frais d'optique, vérifie les plafonds des verres et monture ;
- établit les quittances et demandes de chèques à l'ordre des bénéficiaires ;
- paye, classe le dossier ;
- et produit des statistiques de consommation.

Que révèlent les statistiques des compagnies pour les 5 dernières années ?

Paragraphe 3 : Exemples de données relatives à la gestion de la branche maladie dans les compagnies

Nous analyserons ici les chiffres de trois compagnies : la FEDAS, la GAB et la NSIA-Bénin.

A. Le cas de la FEDAS

Tableau 3: Les rapports Sinistre/Prime des 5 dernières années de la branche maladie à la FEDAS

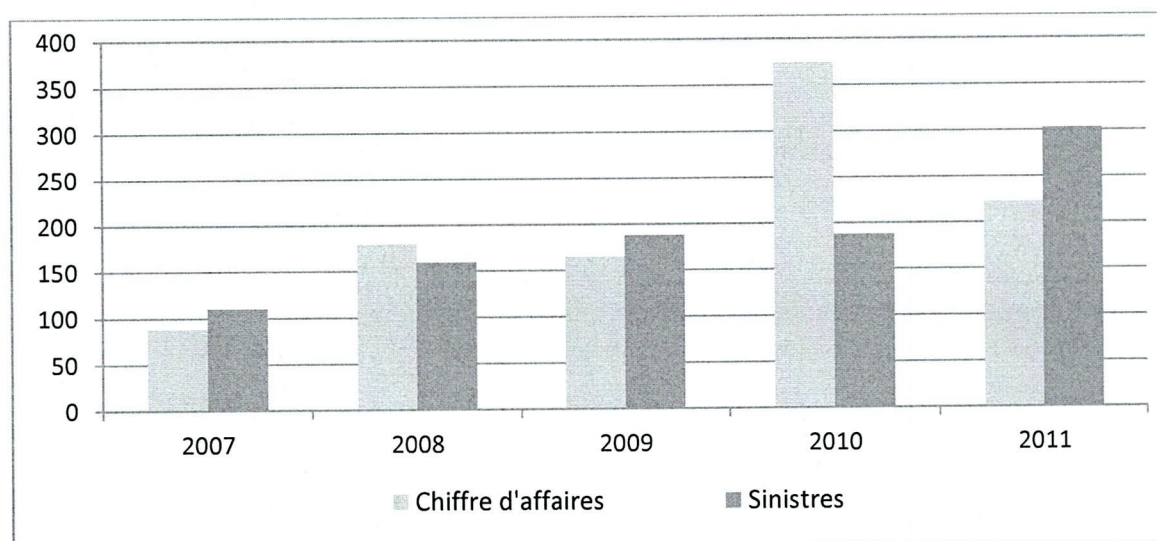
EXERCICE	2007	2008	2009	2010	2011
CHIFFRE D'AFFAIRES (millions FCFA)	88,14	179,50	165,03	374,53	222,48
REGLEMENT (millions FCFA)	75,46	109,36	156,89	156,57	254,27
PSAP (millions FCFA)	34,99	50,03	31,38	31,31	48,43
SINISTRE (millions FCFA)	110,45	159,39	188,27	187,89	302,70
S/P	125 %	89 %	114 %	50%	136 %

Source : Réalisé par l'auteur à partir des données de l'entreprise

Entre 2007 et 2011, les sinistralités extrêmes enregistrées en maladie à la FEDAS sont de 136% et 50%. La sinistralité moyenne est de 102,8%. Ce taux est au-delà de la norme qui est de 65 %. Si les frais généraux sont à 35%, on estime que la FEDAS perd en moyenne 37,8% de son chiffre d'affaires moyen annuel maladie ; soit $(205\,935\,057 \times 37,8\% \times 5) = 389\,217\,258$ FCFA au cours des 5 dernières années. Les

provisions constituées sont faibles et représentent la charge des tardifs. Le graphique qui suit illustre la tendance de l'évolution des chiffres d'affaires et des sinistres sur la période concernée.

Graphique 2: Chiffres d'affaires et charges des sinistres de la branche maladie à la FEDAS entre 2007 et 2011 (en millions de F.CFA)



Source : Réalisé par l'auteur à partir des données recueillies

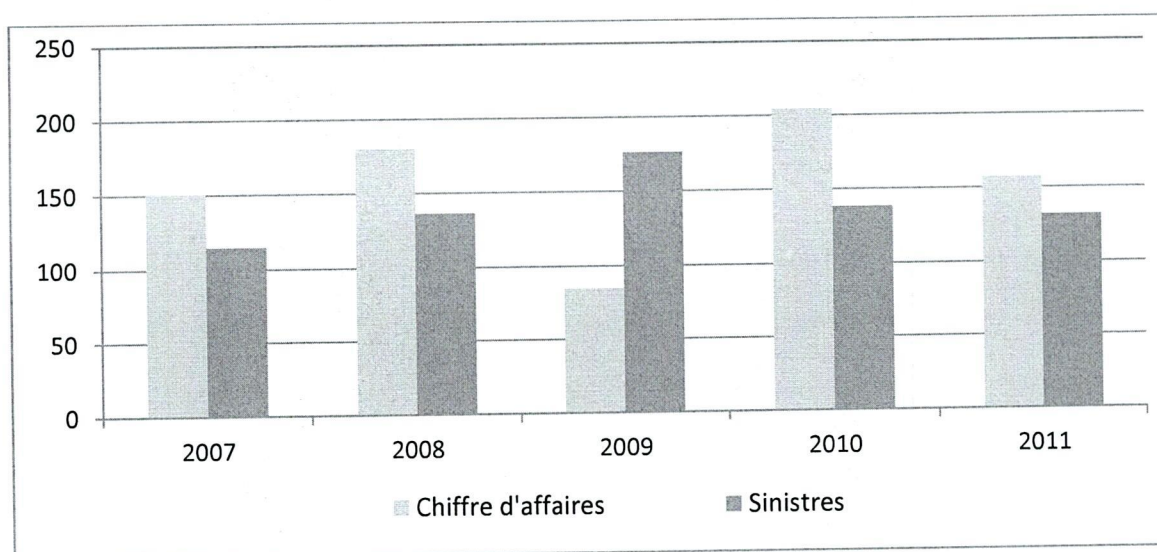
B. Le cas de la GAB

Tableau 4: Les rapports Sinistre/Prime des 5 dernières années de la branche maladie à la GAB

EXERCICE	2007	2008	2009	2010	2011
Chiffre d'affaires (millions FCFA)	150,70	179,99	84,48	204,22	157,49
Sinistre (millions FCFA)	114,65	136,57	176,30	138,49	132,04
S/P	76 %	76 %	209 %	68 %	84 %

Source : Réalisé par l'auteur à partir des données recueillies

Entre 2007 et 2011, les sinistralités extrêmes enregistrées en maladie à la GAB sont de 209% et 68 %. La sinistralité moyenne est de 102,6 %. Ce taux est au-delà de la norme qui est de 65 %. Si les frais généraux sont à 35%, on estime que la GAB perd en moyenne 37,6% de son chiffre d'affaires annuel moyen de la branche maladie ; soit $(155\,377\,026,4 \times 37,6\% \times 5) = 292\,108\,809,63$ FCFA au cours des 5 dernières années. On note par ailleurs que la GAB règle les sinistres régulièrement et ne constitue pas de provision pour sinistre à payer. La comparaison des chiffres d'affaires et des charges de sinistres de chaque année de la période concernée est donnée par le graphique 3.

Graphique 3: Chiffres d'affaires et charges des sinistres de la branche maladie à la GAB-SA entre 2007 et 2011(en millions de F.CFA)

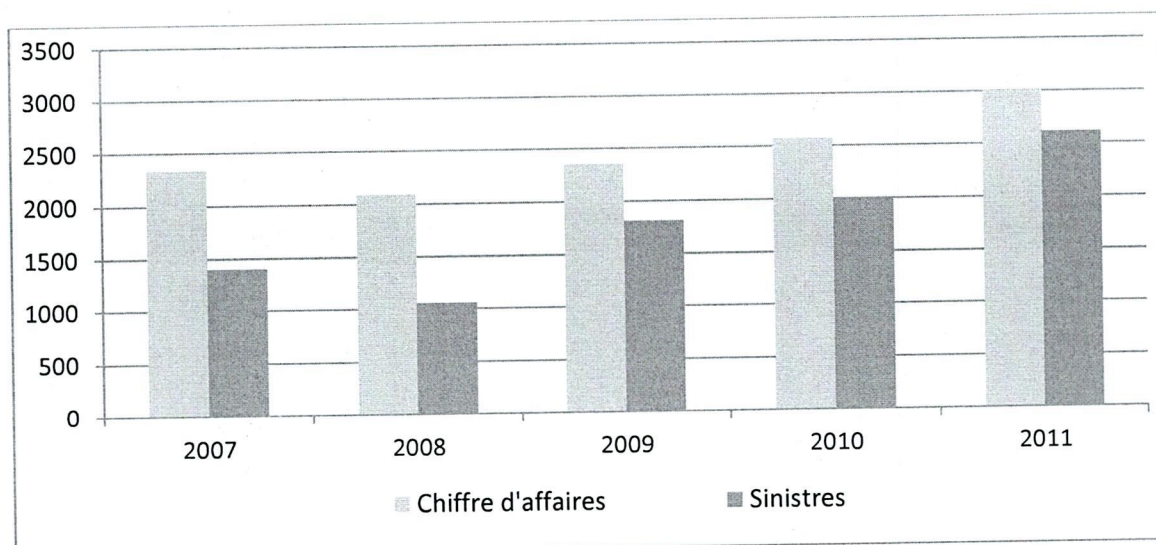
Source : Réalisé par l'auteur à partir des données recueillies

C. Le cas de NSIA-Bénin

Tableau 5: Les rapports Sinistre/Prime des 5 dernières années de la branche maladie à la NSIA Bénin

EXERCICE	2007	2008	2009	2010	2011
Chiffre d'affaires (millions FCFA)	2 333,99	2 093,30	2 355,85	2 575,73	3 000,22
Sinistre (millions FCFA)	1 406,26	1 057,75	1 815,12	1 988,74	2 611,45
S/P	60%	51%	77%	77%	87%

Source : Réalisé par l'auteur à partir des données recueillies

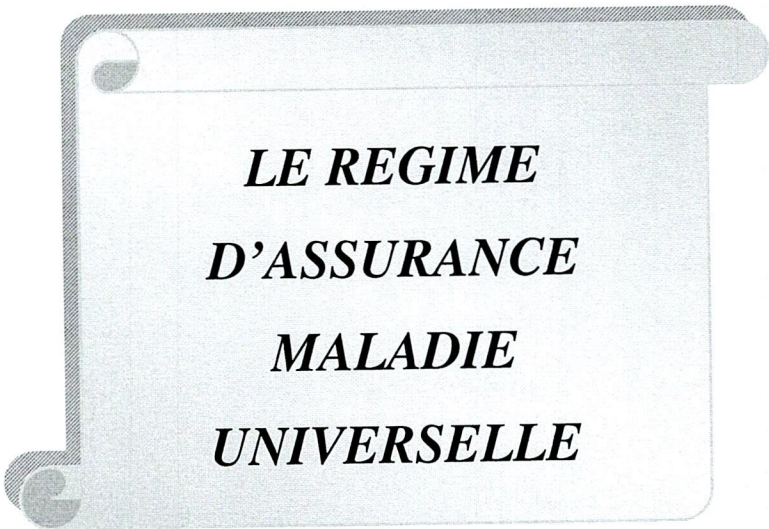
Graphique 4 : Chiffres d'affaires et charges des sinistres de la branche maladie à la NSIA-Bénin entre 2007 et 2011(en millions de F.CFA)

Source : Réalisé par l'auteur à partir des données recueillies

En 2007 et 2008 les taux de sinistralité enregistrés en maladie à NSIA sont en dessous de la norme de 65%. En 2009, 2010 la sinistralité connaît une hausse et atteint 77%, taux qui est au dessus de la norme de 65%. Au cours de ces 5 dernières années, le plus fort taux de sinistralité est de 87%. La sinistralité moyenne est de 70%. En supposant que les frais généraux sont à 35%, la compagnie perd 5% de son chiffre d'affaires moyen annuel en maladie ; soit $(2\,471\,816\,944 * 5\% * 5) = 617\,954\,236$ FCFA au cours des 5 dernières années. Le déficit annuel de la NSIA est moins considérable en comparaison aux deux premiers cas d'exemple. On note par ailleurs que cette compagnie règle les sinistres régulièrement et ne constitue pas de provision pour sinistre à payer. La tendance de l'évolution des chiffres d'affaires et des charges de sinistres au cours de la période concernée est donnée par le graphique 4.

La problématique de la gestion de l'assurance maladie révèle des résultats déficitaires récurrents enregistrés par les compagnies malgré les méthodes rigoureuses de gestion mises en œuvre. C'est dans un tel contexte que naissent les régimes d'assurance maladie universelle. Ces régimes ont-ils les moyens de présenter de meilleurs tableaux de résultats ? La réponse à cette question exige la présentation, suivie d'un diagnostic du Régime béninois d'Assurance Maladie Universelle choisi comme exemple.

DEUXIEME PARTIE



LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Cette partie sera consacrée dans un premier chapitre à la présentation du Régime d'Assurance Maladie Universelle et dans un second chapitre, au diagnostic dudit régime d'assurance. Le diagnostic conduira à des propositions et recommandations pour l'effectivité et la pérennisation de la couverture universelle du risque maladie au Bénin et dans les autres pays de la zone CIMA.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU RAMU

L'essentiel sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle institué en République du Bénin sera exposé dans les sections qui suivent. La première expose le concept et le contexte du RAMU. La seconde section fait état du mode d'organisation et du fonctionnement.

SECTION 1 : CONTEXTE ET CONCEPT DU RAMU

Cette section est consacrée à la genèse (paragraphe 1) et à la présentation des principes de bases qui constituent les fondamentaux de l'assurance maladie universelle (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : De la Genèse

A. Définition et Historique

1. Définition

*Le RAMU est un dispositif assurantiel, un système de couverture sociale maladie destiné à protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque maladie.*²⁵

2. Historique

Le processus de mise en place du RAMU a démarré par la création d'un Comité Technique Interministériel (CTI) en application d'une décision du Conseil des Ministres en date du 21 mai 2008. Divers travaux ont été réalisés sous l'égide du CTI, par des experts nationaux appuyés par des consultants internationaux. Les résultats obtenus ont abouti au lancement officiel de la phase opérationnelle le 19 décembre 2011 et à la remise symbolique de la première carte d'adhésion le 24 avril 2012 à Nikki, une ville du nord Bénin. Le processus de mise en place du RAMU a connu trois grandes phases : une phase préparatoire qui a consisté en la réalisation des études préliminaires, une phase de mise en œuvre et une phase de sensibilisation. Les partenaires techniques et financiers du RAMU sont entre autres le Bureau International du Travail (BIT/STEP), la Coopération Française, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Coopération Suisse et la Banque Mondiale.

²⁵ Hugues B. M. TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU et al. *Rapport d'étape au 30 novembre 2011 sur le processus de mise en place du RAMU*. Cotonou, Novembre 2011. Ministère de la Santé. page 8

B. Justification et Objectif

1. Justification

L'institution du RAMU se justifie par la volonté du gouvernement béninois d'assumer ses obligations constitutionnelles en matière de protection sociale au regard des anomalies suivantes.

- ✓ Les conséquences financières du risque maladie pour les populations béninoises sont souvent désastreuses.
- ✓ Les contributions des ménages représentent 52% des dépenses globales de santé (Comptes Nationaux de la Santé 2003 publiés en 2005).
- ✓ On note une faiblesse du système de couverture sociale en générale et de l'assurance maladie en particulier (tous les mécanismes existants ne couvrent qu'à peine 20% de la population).
- ✓ Absence d'un mécanisme organisé à l'échelle nationale pour les travailleurs des secteurs informel et agricole qui représentent plus de 70% de la population.
- ✓ Les régimes existants comportent des insuffisances.

Il faut en outre souligner que l'institution d'un mécanisme de couverture du risque maladie qui prenne en compte l'ensemble des couches de la population est une recommandation des états généraux du secteur de la santé tenus en 2007.

2. Objectif

Le but du RAMU est de faire progresser la qualité, la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le financement du système de santé au Bénin.

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations béninoises aux soins de santé de qualité.

Paragraphe 2 : Des fondamentaux

Les principes de base²⁶ sur lesquels se fonde le RAMU sont au nombre de sept à savoir :

²⁶ Cf. Hugues B. M. TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU et al, op cit page 14

❖ La couverture universelle

Une couverture efficace pour toutes les couches de la population béninoise, sans distinction aucune. L'universalité est ici appréciée en termes de prise en compte de l'ensemble de la population béninoise pour un paquet de base le plus large possible au moindre coût.

❖ L'approche contributive

Bâtir principalement le RAMU sur la contribution des bénéficiaires. Il s'agit de concevoir des fourchettes de primes en rapport avec les capacités contributives des diverses couches sociales et d'asseoir un dispositif pour subventionner les primes des couches sociales les plus démunies (gage de pérennisation du système).

❖ La solidarité nationale

Mise en commun des risques, large partage des coûts : solidarité entre « riches » et « pauvres », vieux et jeunes, travailleurs et sans emploi, citadins et ruraux, bien portants et moins bien portants.

❖ La responsabilité générale de l'Etat

La santé est un bien public, un droit humain consacré par la Constitution et garanti par l'Etat, d'où le rôle régulateur du dispositif RAMU par les pouvoirs publics.

❖ L'équité

Dans le cadre de la mise en place du RAMU, l'équité est appréciée sous deux aspects : l'équité d'accès qui consiste à faciliter l'accès de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun et l'équité contributive qui vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive.

❖ Gestion participative

Elle recouvre deux dimensions dans le cadre du RAMU, à savoir : la participation des bénéficiaires à la gouvernance du système et le contrôle social.

❖ L'efficience

Il s'agit de maximiser les résultats tout en minimisant les coûts. Ainsi les dispositions seront prises pour éliminer les lourdeurs et lenteurs administratives, sécuriser

au maximum le système en vue d'une minimisation des fraudes et abus, veiller à obtenir les meilleurs résultats au moindre coût.

Intéressons nous à présent à l'organisation et au fonctionnement du RAMU.

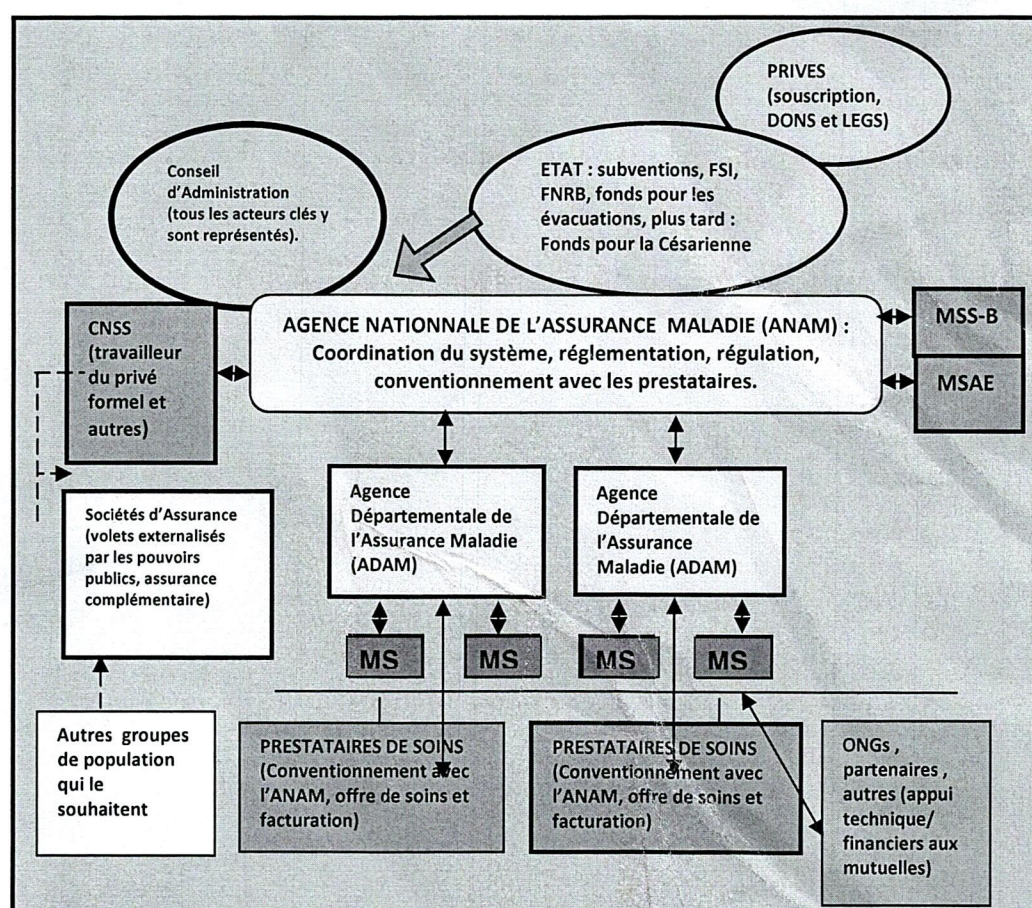
SECTION 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

L'objectif de cette section est de montrer le type d'organisation du RAMU et le mode de fonctionnement qu'il envisage à travers l'architecture et la coordination de la gestion (paragraphe 1) et les paramètres techniques (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Architecture et coordination de la gestion

A. Architecture améliorée et provisoire du RAMU

1. Architecture du RAMU



Source : Rapport d'étape de novembre 2011

Légende de l'architecture du RAMU

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie ; **ADAM** : Agence Départementale de l'Assurance Maladie ; **MSS-B** : Mutuelles de Sécurité Sociale du Bénin ; **FSI** : Fonds Sanitaire des Indigents ; **CNSS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; **MSAE** : Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat ; **MS** : Mutuelles de Santé ; **SI** : Système d'Information ; **ONGs** : Organisations Non Gouvernementales.

2. Description sommaire de l'architecture²⁷

Placé sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé, le RAMU implique plusieurs autres ministères ainsi que divers acteurs de la société civile. Les composantes qui participent à son fonctionnement sont :

- ❖ Composante « **Financement du RAMU** » : plusieurs sources de financement sont envisagées.
 - FASNAS (Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale).
 - Etat : budget national, contributions publiques spéciales (taxes spécifiques et autres), Fonds Sanitaire des Indigents, Fonds pour les évacuations sanitaires, etc...
 - Partenaires Techniques et Financiers.
 - Dons et legs.
 - Contributions des bénéficiaires (cotisations).
- ❖ Composante « **Affiliation au RAMU** » : chaque agent économique (fonctionnaire, salarié, travailleur des secteurs informel et agricole, sans emploi, indigents etc.) entrera dans le système à partir d'une structure à laquelle il appartient.
- ❖ Composante « **Gestion des Ressources et Ingénierie d'Assurance** » : elle est l'œuvre de l'ANAM qui supervise par ailleurs la gestion de toutes les autres composantes et assure la cohérence du système.
- ❖ Composante « **Gestion des Prestations** » : elle incombe aux ADAM²⁸ qui sont les organes d'exécution de l'ANAM en la matière. L'ANAM peut déléguer certaines de ses attributions à des structures tierces dont la compétence et les capacités sont avérées et prouvées en la matière. La gestion de cette composante se fait en étroite collaboration avec les fournisseurs de soins.
- ❖ Composante « **Offre des Soins et Facturation** » : elle est l'œuvre des producteurs de soins accrédités.
- ❖ Composante « **Système d'Information** » : elle est transversale aux quatre autres composantes et implique en conséquence tous les acteurs et organes.

²⁷ Cf. Hugues B. M. TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU et al, op cit page 26

²⁸ Agence Départementale de l'Assurance Maladie.

B. Coordination et gestion du RAMU

1. L'ANAM, organe de coordination et de gestion

L'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM) est l'organe chargé de la coordination du système, de la réglementation et du conventionnement avec les prestataires de soins. En conséquence l'ANAM est l'organe de régulation du système.²⁹

- ❖ L'organigramme de l'ANAM (en annexe)
- ❖ Les fonctions de l'ANAM³⁰

L'ANAM assure la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle. A ce titre, elle est chargée entre autres de :

- concevoir et mettre en œuvre la stratégie de l'assurance maladie universelle au Bénin, de concert avec tous les acteurs de la santé et suivant une approche intersectorielle, pluridisciplinaire et de promotion du partenariat Public/Privé ;
- assurer l'encadrement technique et veiller à la mise en place des outils de gestion et de régulation du RAMU dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant ;
- fournir un appui technique aux organismes de prestation des soins de santé, aux organismes de gestion des risques et de remboursement des prestations, aux associations de consommateurs des soins, et autres acteurs de l'assurance maladie ;
- élaborer et diffuser annuellement un rapport global relatant le fonctionnement, les ressources, les dépenses et les données relatives au système d'assurance maladie en général et au RAMU en particulier.

❖ Les antennes de l'ANAM dans les départements

Dénommées « Agence Départementales de l'Assurance Maladie (ADAM) », les antennes départementales ne constituent pas des entités distinctes de l'ANAM, mais elles sont les organes d'exécution des attributions au niveau départemental. L'architecture du

²⁹ Note d'information. Février 2012. Modalité pratiques de prise en charge des groupes sociaux. Ministère de la santé. 2012. page 4

³⁰ Cf. Article 3 du Décret n° 2011-089 du 8 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)

RAMU montre que les ADAM sont les organismes de gestion des prestations. A ce titre, elles assurent la vérification, le contrôle des factures et le remboursement des prestations.

2. La gestion pratique³¹

Elle est relative à l'affiliation, au recouvrement des cotisations, à la gestion, au contrôle des prestations et aux diverses mesures prises pour lutter contre les fraudes et les abus.

a. *Les modalités d'affiliation*

Le droit aux prestations pour l'assuré et ses ayants droit s'acquiert par l'affiliation obligatoire à l'une des structures agréées par l'organisme de gestion. L'affiliation se fait, en fonction du statut de l'assuré, auprès de l'une des structures suivantes :

- ✓ l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et ses organes déconcentrés ;
- ✓ la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- ✓ les Mutuelles de Sécurité Sociale (MSS) ;
- ✓ les Fédérations des Mutuelles de Santé (FMS) qui ont passé, à cet effet, une convention avec l'ANAM ;
- ✓ et toutes les autres structures agréées par l'ANAM et avec lesquelles elle a contracté expressément à cet effet.

L'ouverture du droit aux prestations est subordonnée au paiement préalable des cotisations. Les cotisations seront soit prélevées à la source, soit collectées auprès des adhérents par les diverses structures d'affiliation et reversées à l'organe habilité. Une réflexion est menée sur la possibilité d'indemniser les collecteurs des mutuelles de santé.

b. *La gestion des prestations*

La gestion des prestations prend en compte les conditions d'ouverture des droits, les procédures de prise en charge de la cible et les règles de gestion.

c. *Du contrôle de gestion.*

Les prestations et activités de l'Agence feront l'objet de contrôles interne et externe. Le contrôle interne sera assuré par une cellule d'audit interne et par les services de médecins conseils. Le contrôle externe porte sur le contrôle statutaire des Commissaires

³¹ Note d'information. Février 2012, op cit pages 7à15

aux comptes et divers autres contrôles comme ceux de l'Etat central et celui de l'ANAM sur les organismes de gestion des risques. Le contrôle du Ministère de la Santé est exercé aux fins de vérifier si les activités menées sont conformes aux grandes orientations définies par le gouvernement en matière de couverture universelle du risque maladie. Le Ministère chargé des finances s'assure de la qualité de la gestion financière de l'Agence. Dans ce cadre, il diligente des contrôles et audits.

L'Inspection Générale des Finances et l'Inspection Générale des Services et Emplois Publiques peuvent recevoir mission d'exercer tout contrôle conformément aux textes en vigueur. Le Directeur Général de l'ANAM est tenu de soumettre à la Chambre des Comptes de la Cour Suprême les comptes et bilans annuels de l'Agence.

d. Les organismes gestionnaires de risque délégués

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie peut déléguer, sous son contrôle, l'exécution de certaines fonctions techniques d'affiliation des assujettis au RAMU, de recouvrement des cotisations et de paiement de prestations des soins à des organismes gestionnaires délégués. Les principaux critères pour opérer en cette qualité sont les capacités institutionnelles et les garanties d'efficacité offertes ou démontrées. Il existe trois types d'organismes gestionnaires délégués :

- Les organismes délégués de droit public (la CNSS, la MSS par exemple)
- Les organismes délégués de droit privé (les compagnies d'assurance par exemple)
- Les organismes délégués communautaires (les mutuelles de santé ou fédération de mutuelle par exemple)

e. Les prestataires

Seules les formations sanitaires publiques, les hôpitaux et cliniques privées, les officines et dépôts pharmaceutiques, les laboratoires et centres d'imagerie agréés par le Ministère en charge de la santé peuvent être conventionnés. Par le conventionnement, les prestataires sont habilités à pratiquer pour le compte de l'ANAM. Pour être conventionné, tout prestataire doit donc être agréé et être en règle vis-à-vis de l'administration fiscale et de la sécurité sociale. Aucun prestataire de soins indépendant ne peut être conventionné par l'ANAM.

Paragraphe 2 : Paramètres techniques

Le paquet des garanties de base (A) et les fourchettes de prime (B) composent les paramètres techniques du RAMU.

A. Le paquet des garanties de base

Le paquet des prestations de base encore appelé le panier de soins minimal à couvrir pour tous comprend les actes de médecine, les actes de chirurgie et les actes de diagnostic à couvrir. Il s'agit essentiellement de :

- ✓ consultation par le médecin généraliste et le chirurgien dentiste ;
- ✓ consultation par le médecin spécialiste ;
- ✓ les actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin ;
- ✓ actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- ✓ examens de laboratoire ;
- ✓ actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin (radio) ;
- ✓ actes pratiqués par la Sage Femme ;
- ✓ soins infirmiers pratiqués par la Sage Femme ;
- ✓ les actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute ;
- ✓ les actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière ;
- ✓ actes pratiqués par l'orthophoniste ;
- ✓ actes pratiqués par l'aide orthophoniste ;
- ✓ hospitalisations ;
- ✓ etc.

Une liste indicative des médicaments remboursables dans le cadre du RAMU a été préétablie. L'accent a été mis sur les médicaments essentiels disponibles sur le marché national avec indication de leur prix de cession tels que pratiqués par la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux.

Les exclusions sont à titre provisoire et concernent les soins bucco dentaires, la lunetterie, les actes de réadaptation et de kinésithérapie, les prothèses et orthèses, les prestations sanitaires de confort (chirurgie esthétique ou autres), ainsi que les évacuations sanitaires vers l'étranger.

La prise en charge sera assortie du paiement par le consommateur d'un ticket modérateur de 20% du tarif remboursé par le RAMU. Toutefois seront exemptés du ticket modérateur et bénéficieront d'une prise en charge intégrale à 100%, certaines catégories jugées économiquement faibles ou particulièrement démunies telles que les citoyens vivants en dessous d'un certain seuil économique et les indigents.

B. Les fourchettes de prime

La technique de détermination de prime retenue fait intervenir le coût unitaire de fonctionnement, les réserves statutaires ou légales, la prime pure et les charges de sécurité généralement estimées entre 5 et 10% ainsi qu'il suit :³²

- ❖ **Coût unitaire de fonctionnement** = Total des coûts de fonctionnement de la mutuelle divisé par le nombre de bénéficiaires
- ❖ **Réserves statutaires ou légales** = (Montant des réserves à constituer – Montant existant des réserves) divisés par le nombre de bénéficiaires
- ❖ **Prime pure** = Fréquence des cas d'une maladie (pourcentage de personnes qui font cette maladie) * Coût moyen de la prestation de soins (la prime pure est le montant de la cotisation qui concerne le paiement des prestations maladie)

A partir de ces éléments, on parvient à déterminer la prime de risque et la cotisation (somme à verser par chaque affilié pour sa couverture)

- ❖ **Prime de risque** = Prime pure + Charge de Sécurité (5%)
- ❖ **Cotisation** = Prime de risque + Coût unitaire de fonctionnement + Réserves statutaires et légales + Marge supplémentaire

³² Les membres du groupe 2 chargé de déterminer les fourchettes de primes se sont référés aux techniques de détermination des cotisations couramment utilisées au sein des mutuelles de santé.

Tableau 6: Fourchette de prime selon le revenu mensuel net d'impôt

SEGMENT DE POPULATION	REVENU MENSUEL NET D'IMPOT(RMNI) EN FCFA	PRIME MENSUELLE MAXIMALE (FCFA)	
		OPTION 1	OPTION 2
Couche sociale 1	$RMNI \leq SMIG$	1000	1750
Couche sociale 2	$SMING < RMNI \leq 100.000$	2500	5000
Couche sociale 3	$100.000 < RMNI \leq 200.000$	3500	10.000
Couche sociale 4	$200.000 < RMNI \leq 300.000$	4500	15000
Couche sociale 5	$RMNI > 300.000$	5500	> 15.000
Travailleurs du secteur informel	Variable selon les secteurs d'activités	Entre 1.750 et 15.000	
Groupes sociaux les plus vulnérables	Néant	Néant	Néant

Source : Rapport d'Etape de novembre 2011

Commentaire

Option1 : Garantie de base. Soins dans les centres communaux et hôpital de zone

Option 2 : Garantie complémentaire. Soins spécialisés (CHD, HU)

Cette formule de détermination des fourchettes de prime consiste à fixer un pourcentage du revenu mensuel brut comme cotisation. Un forfait de 5% du revenu mensuel a été retenu comme prime mensuelle pour tous les travailleurs du secteur structuré de l'économie dont le revenu est fixe et saisissable. Des primes forfaitaires allant de FCFA 1 750 à 15 000 en fonction du secteur d'activité a été fixé dans le présent schéma pour les travailleurs du secteur du secteur informel.

La présentation du RAMU nous mène au diagnostic dudit régime à travers les atouts et les risques potentiels de l'initiative.

CHAPITRE 2 : DIAGNOSTIC DU RAMU : ATOUTS ET RISQUES POTENTIELS

Il s'agira ici d'entreprendre une réflexion qui a pour ambition d'anticiper les potentielles difficultés, de prendre en compte les facteurs de succès et de proposer des solutions.

SECTION 1 : INVENTAIRE DES FORCES ET FAIBLESSES DU RAMU

Nous nous proposons ici d'analyser la pérennisation de l'assurance maladie universelle en dégagant d'abord les atouts (paragraphe 1) et ensuite les vulnérabilités liées à la conception du régime (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Les atouts à la pérennisation du RAMU

Le Bénin dispose de potentialités favorables à l'institution d'un régime d'assurance maladie universelle et de considérables atouts à la pérennisation d'un tel régime d'assurance.

A. Des caractéristiques d'une population favorable

Une population de plus en plus nombreuse estimée en 2011 à 9 067 076³³ habitants selon les projections de l'INSAE, avec un taux de croissance moyen annuel de 3,2%. La densité est estimée à 79 habitants/km².³⁴ Une forte densité démographique constitue une bonne base de mutualisation des risques et est en principe favorable à l'application de la loi « des grands nombres » qui permet un meilleur partage des risques dans tout système d'assurance.

La couverture en assurance maladie constitue de nos jours l'un des points les plus importants des revendications des mouvements et groupements socioprofessionnels. Le Bénin s'illustre par la capacité de ses populations, surtout celles des couches rurales les plus déshéritées, à s'organiser en association d'entraide. Le mouvement associatif peut constituer un acquis à la mutualisation du risque maladie. Les populations ont démontré leur capacité à participer au financement des dépenses de santé à travers le financement communautaire. La participation communautaire à travers le financement communautaire

³³ INSAE, Projection démographique 2011

³⁴ Source : SGSI/DPP/MS, 2011

des services de santé est estimée à 3.939.500.334 FCFA dont 2.739.819.615 FCFA de dépenses en médicament.³⁵

B. Des indicateurs sanitaires acceptables

On note ici une qualité et un effectif du personnel médical et paramédical qui peuvent contribuer à l'instauration d'un système progressif d'assurance maladie. En 2011, le personnel médical est de 1078 agents. Le ratio nombre d'habitants par médecin est de 8411. Le personnel paramédical est de 3705 infirmiers, 1270 sages-femmes, 569 techniciens de laboratoire et 100 techniciens de radiologie.³⁶ La couverture en infrastructures et le nombre de personnel de santé sont en progression. La performance du système sanitaire au plan national devrait suivre cette évolution. Le taux de fréquentation des services de santé est de 45,4 % en 2011. La couverture en infrastructures sanitaires est de 88 %.³⁷ Les infrastructures sanitaires du système national sont réparties sur le territoire national selon la pyramide sanitaire du système national de santé fondé lui-même sur le découpage territorial.

C. Conformité à certaines exigences de développement humain

La mise en œuvre du RAMU répond à un certain nombre de recommandations issues des réunions sous-régionales et internationales sur les systèmes de santé, de prévoyance et de protection sociale.

La 58^{ème} assemblée mondiale de la santé de l'OMS organisée en 2005 à Dar es Salam en Tanzanie a pris la résolution qui invite les pays à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population. Dans le même sens, se situe la session de la CIPRES, tenue à Genève en Suisse le 10 juin 2005. En effet la CIPRES préconise la mise en place d'un régime d'assurance maladie dans les pays membres, tout en tenant compte de leurs moyens, de leurs réalités et de leurs environnements. L'assurance maladie universelle permet d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement et entre dans le cadre des orientations stratégiques « ALAFIA BENIN 2025 » et de la « Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté 2007-2009 ».

³⁵ Annuaire des statistiques sanitaires 2003 du MSP

³⁶ Annuaire des statistiques sanitaires 2011 du MSP

³⁷ Idem

Paragraphe 2 : Les vulnérabilités liées à la conception du RAMU

A. Les insuffisances dues à l'organisation et au fonctionnement

Nous nous attèlerons dans ce volet de notre travail non pas à procéder à une particulière expertise mais à relever certaines vulnérabilités susceptibles de menacer la réalisation du projet et la pérennisation de l'initiative.

1. Faiblesse de la capacité technique des mutuelles de santé

Certaines fonctions techniques telles que la sécurité financière, l'utilisation du médecin conseil ou la gestion ne peuvent pas être exercées par des entités à la base comme les mutuelles de santé.³⁸ Nombre d'entre elles ne disposent pas de statuts spécifiques qui tiennent compte de la nature de leurs activités. Les mutuelles sont créées jusque là avec un statut associatif ou coopératif. Compte tenu de la vocation sociale et peu professionnelle de ces organismes, l'on peut dire que les mutuelles font, en théorie l'objet d'une gouvernance profane.³⁹

Le problème d'insuffisance d'encadrement technique des mutuelles de santé se pose actuellement au regard de l'importance du rôle qu'elles sont appelées à jouer dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

Un autre problème est que les mutuelles de santé ne sont pas réparties sur toute l'étendue du territoire nationale de façon uniforme. L'ANAM en tant que jeune institution, court le risque de voir ses objectifs détournés et ses capacités réduites en voulant s'atteler à la création de nouvelles mutuelles de santé dans les zones rurales qui en sont actuellement dépourvues.

2. L'inexpérience de la CNSS et du FNRB à pratiquer l'assurance maladie.

Les difficultés liées à la gestion du risque maladie et les lourdes dépenses qu'elles engendrent sont deux raisons majeurs qui expliquent l'abandon dudit risque par la CNSS. Par conséquent, cette dernière n'a pas d'expériences en la matière et ne donne à l'heure actuelle aucune assurance par rapport à son niveau de performance qui pourrait motiver la

³⁸ PAVY Aude-LETOURMY. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Paris : CERDI, AFD, 2005. page 36

³⁹ Idem, page 43

création de la branche assurance maladie pour le compte de l'ANAM. Il faut tout de même souligner que l'institution de la branche assurance maladie pour la CNSS ne relève pas des prérogatives de l'ANAM.

En outre, l'action du FNRB ne peut être considérée comme une pratique à proprement parler d'assurance. Elle se limite en un simple financement d'une partie des dépenses de santé des fonctionnaires grâce aux ressources de l'Etat.

3. Le cadre juridique et réglementaire non clairement défini

Des précisions doivent être fournies sur les dispositions législatives ou réglementaires devant régir les activités techniques, financières et comptables de l'ANAM à l'instar du Code des Assurances (pour les compagnies d'assurance), du Code de Sécurité Sociale et les normes prudentielles de la CIPRES (pour la CNSS) ou le règlement n°07/2009/CM/UEMOA, portant réglementation de la mutualité sociale ; le règlement d'exécution sur les modalités de constitution et celui relatif aux règles prudentielles (pour les mutuelles sociales).

4. De probables conflits d'attribution sur le contrôle au sein des ministères

Toutefois l'ANAM pourrait être soumise aux normes comptables et prudentielles de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES), alors qu'elle est sous la tutelle administrative du Ministère de la Santé. Si l'on sait que le Ministère chargé de la Sécurité Sociale est l'interface de la CIPRES dans nos pays, il se profile un risque de conflit d'attribution entre plusieurs départements ministériels dont les ministères en charge de la Sécurité Sociale, de la Santé et celui chargé des Finances en ce qui concerne le contrôle de l'Agence ou la gestion de la tutelle.

5. L'ANAM peut-elle échapper à la mauvaise réputation de certaines entreprises d'Etat ?

Les entreprises publiques à tort ou à raison ne jouissent pas très souvent d'une bonne réputation auprès des populations en ce qui concerne la rigueur dans la gestion et la satisfaction des attentes des populations. L'ANAM doit mettre en œuvre dès ses premiers jours, les moyens afin d'échapper à cette mauvaise étiquette. La politisation à outrance de

la gestion ainsi que la lourdeur administrative au regard de son organigramme surchargé, sont de véritables risques qui peuvent faire obstruction à la technique.

B. Les insuffisances sur le plan technique

Il s'agit ici d'énoncer quelques caractéristiques de gestion des assurances sociales non favorables à une gestion rigoureuse de la traçabilité de la prime.

1. A quoi correspond la prime payée dans le cadre du RAMU?

Du fait qu'en dehors des cotisations des assurés, le RAMU bénéficie d'autres sources de financement (Etat, partenaires technique, dons et autres), il sera difficile de suivre la traçabilité des primes payées. Il existe en outre certaines catégories sociales dites « indigents » qui seront exonérées du paiement de la prime. En plus, les fourchettes de primes retenues n'ont pas encore fait l'objet d'études actuarielles en raison de « l'inexistence d'études de coûts sur les prestations et service de santé du Bénin ». ⁴⁰ « En attendant la réalisation d'études économiques et financières poussées », il a été retenu de se référer aux techniques de détermination des cotisations couramment utilisées au sein des mutuelles de santé.

2. Une tarification standardisée ou forfaitaire non conforme au risque

Afin de maintenir une bonne gestion, toute assurance devraient faire varier le montant des primes en fonction des risques courus. Les personnes à risque particulier, comme les vieillards où les grands malades selon cette logique pourraient payer plus chers leurs primes d'assurance. Mais dans les assurances sociales, c'est plutôt l'attitude inverse qui s'observe dans la mesure où ces catégories de personnes bien qu'étant les plus grandes consommatrices d'assurance maladie ont généralement dans les pays en développement des ressources amenuisées. Il serait alors injuste de les faire payer plus cher. C'est bien à ce niveau que réside la solidarité des assurances sociales, qui tout en imposant à la population une obligation à l'assurance, comptent sur la mutualisation et les subventions de l'Etat. Le principe de solidarité semble s'opposer au principe de la sélection qui revêt un caractère vertueux dans les assurances privées.

⁴⁰Hugues B. M. TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU et al, op cit page 31

Paragraphe 3 : Les risques liés à la consommation des soins et de l'assurance

La réflexion nous mènera ici à faire une certaine connexion entre le niveau de développement, la pauvreté, les soins de santé et la culture de l'assurance.

A. L'influence de l'environnement socio-économique

1. L'assurance maladie et la pauvreté

La pauvreté et la prépondérance du secteur informel représentent en quelque sorte un obstacle au succès du RAMU. Que dire encore de l'adhésion des indigents à l'assurance maladie et des critères de leur identification ?

Primo, tout système d'assurance exige le paiement d'une prime. Si l'assurance est un besoin second ; c'est-à-dire un besoin dont l'expression et la satisfaction ne viennent qu'après les besoins fondamentaux, les difficultés économiques d'une population reconnue comme pauvre sont à priori un frein au recours des populations à l'assurance.

Secundo, l'assurance maladie est plus facile à gérer lorsque la plupart des personnes travaillent dans le secteur formel. Créer une assurance dans un pays comme le Bénin où le secteur informel est dominant implique des difficultés d'identification des assurés, de recouvrement et de fixation des cotisations. L'institution et la pérennisation d'un régime d'assurance maladie fut-il universel ou non, impose que l'évolution des indicateurs économiques soit en accord avec la croissance démographique ; or tel n'est pas encore le cas au Bénin.

2. Les problèmes environnementaux et culturels

L'environnement est vecteur de plusieurs facteurs nocifs susceptibles de fragiliser de façon permanente l'état de santé des individus. Les mauvaises habitudes alimentaires ainsi que la pollution environnementale dues au rejet des usines et machines sont à mettre dans ce registre. Cet état de chose expose le RAMU au risque de déficit récurrent de ces comptes engendré par une forte sinistralité.

Quelques freins culturels sont à considérer. Il existe dans certains milieux des croyances religieuses ou superstitions selon lesquelles souscrire à une assurance maladie

est porteur de maladie. Par ailleurs, on note le manque de culture d'assurance au sein des populations qui se demandent ce qu'elles gagnent s'il arrive qu'elles ne tombent pas malade.

3. La solidarité africaine et la substitution de personne

La culture africaine exige qu'il y ait une certaine solidarité entre les membres d'une même famille, d'un même village ou d'autres groupes sociaux. Ainsi, sous le couvert de cette solidarité une personne assurée fait profiter les garanties de sa police maladie à des personnes qui ne sont pas assurées au titre dudit contrat. Cet altruisme de l'assuré maladie est guidé par le souci de consommer l'intégralité du plafond de garantie souscrite et même d'aller au-delà.

B. L'influence du comportement de l'assuré

1. Les dissimulations et fausses déclarations du risque

Il s'agit des premiers cas de fraudes qui ont lieu à l'entrée du client dans le portefeuille de l'assureur. L'assuré dissimule souvent des informations en s'abstenant de déclarer des circonstances aggravantes connues de lui pouvant l'amener à payer une prime plus élevée. Il s'agit de l'âge, les antécédents médicaux etc. Cette attitude du candidat à l'assurance maladie est semblable au comportement du passager clandestin qui s'abstient de payer son billet de transport, occupe indument les places et provoque ainsi à la longue la faillite du transporteur. Cette catégorie d'abus fréquente dans les compagnies, ne peut s'observer au niveau du RAMU que si la prime est fonction de l'ampleur du risque couvert.

Les intermédiaires préservent souvent leur intérêt au détriment des assureurs. En effet, la volonté de faire d'importants chiffres d'affaires grâce aux commissions perçues sur leurs affaires, conduit les courtiers par exemple à cacher aux assureurs la gravité des risques apportés.

2. L'anti sélection ou la sélection adverse

C'est la propension des individus courant plus de risque à s'assurer. Par exemple, dans une assurance groupe non obligatoire prise par l'employeur au profit des salariés, le

risque pour l'assureur de ne prendre que les personnes à forte morbidité, ou qui doivent faire face à un traitement lourd est généralement élevé. L'Agence court le risque, pour plusieurs cas, de ne voir souscrire que les personnes à haut risque.

3. Le risque moral

Le risque moral est entendu comme la tendance pour une personne à prendre moins de précaution dans ses attitudes et comportements en raison de l'existence d'une couverture d'assurance. Ainsi l'assuré peut modifier son comportement dès l'instant où il a souscrit son contrat d'assurance maladie en négligeant toutes les mesures préventives contre la maladie telles que la vaccination, la prudence, l'hygiène, la diététique et en faisant recours à l'hôpital ou aux pharmacies pour des symptômes bénins.⁴¹

4. La surconsommation

L'assurance maladie a pour effet de ne pas empêcher l'assuré de recourir aux soins et de ne pas freiner en lui l'envie de satisfaire son besoin de santé qui est un besoin illimité, alors que les ressources sont limitées. En effet l'assurance maladie sur la consommation des soins présente un effet « pervers ». Plus les personnes seront remboursées de leurs soins, plus elles auront tendance à ne pas s'en priver. Ce problème est beaucoup plus accentué dans les assurances sociales du fait de la présence de l'Etat, du niveau d'éducation et de l'extrême pauvreté des populations. C'est là l'un des risques les plus importants auxquels l'ANAM devra faire face. Mais cette dérive a le plus souvent lieu avec la complicité des prestataires.

Paragraphe 4 : Les risques liés à la production des soins par les prestataires

Les opinions développées dans ce paragraphe sont issues des propos et observations des praticiens de la santé eux-mêmes ainsi que les gestionnaires des organismes de couverture du risque maladie. Elles se justifient par le guide des normes et bonnes pratiques du ministère de la santé. Ce guide publié par le Ministère de la santé en février 2012 a procédé à un recensement des mauvaises pratiques dans les formations sanitaires dont un bon nombre, à notre avis, est susceptible d'entraver le succès du RAMU.

⁴¹ BERESNIAK Ariel /DURU Gérard, op cit. Page 101

A. La surfacturation et la tarification fantaisiste des frais de soins

Il est triste de constater très souvent l'escalade du tarif des soins et des montants des factures présentés à l'assureur maladie pour remboursement en comparaison du tarif et des factures en l'absence de la couverture d'une police d'assurance. Certains agents de santé tendent à allonger la durée de l'hospitalisation dès lors qu'ils se rendent compte que le patient est couvert par une police d'assurance. C'est en vue de limiter cet abus que quelques assureurs exigent des assurés la présentation au médecin traitant d'un bon de prise en charge au-delà de 48 heures d'hospitalisation.

B. La facturation de prestations fictives et le changement de la nature de la maladie

Pour des raisons difficiles à cerner ici, certaines personnes bénéficiant d'une assurance santé simulent des maladies et parviennent à obtenir de fausses factures d'actes médicaux et des frais pharmaceutiques avec la complicité de personnels du secteur de la santé. De même, pour contourner le non remboursement de soins dû au délai de carence ou aux exclusions, la nature et la date des affections constatées sont modifiées par le médecin traitant sur la demande du patient indélicat.

C. Abus au niveau des pharmacies

La rupture de stock en médicaments et la non disponibilité des médicaments dans les officines pharmaceutiques conventionnées ouvrent de nouvelles opportunités à la fraude. C'est ainsi que certaines pharmacies simulent la pénurie de médicaments surtout les génériques afin d'obliger les patients à acheter les médicaments plus chers.

L'augmentation du taux de fréquentation des centres de santé susceptible d'être entraînée par l'assurance maladie universelle induira une croissance de la consommation de médicaments. Il naîtra alors le risque de baisse de la qualité des produits.

D. L'accroissement anarchique des centres de soins et la baisse de la qualité des soins

Un bon fonctionnement de l'ANAM caractérisé par un meilleur taux de fréquentation des centres de santé et un diligent remboursement des frais de soins aux prestataires agréés pourraient à la longue induire une multiplication anarchique des

établissements de soins privés et la baisse de la qualité des soins. Ce phénomène a été observé dans les pays où la population est bien assurée.

Paragraphe 5 : Les difficultés techniques liées à l'assureur

A. La Sous tarification et la concurrence déloyale dans le privé.

Du fait de son développement dans une économie de marché caractérisée par la libre concurrence, l'assurance maladie commercialisée par les compagnies d'assurances est confrontée à un problème de sous tarification du risque révélant ainsi l'existence d'une concurrence déloyale entre assureurs. En effet cette branche n'étant pas rendue obligatoire par les autorités publiques, il n'existe pas un tarif réglementaire dont le non respect engendrerait des sanctions. La sous tarification et la concurrence déloyale sont d'autant plus palpables que « *certaines assureurs préfèrent perdre de l'argent que de laisser leur concurrent gagner une affaire* ». ⁴² La logique serait que les assureurs se mettent d'accord pour revoir à la hausse leur tarif. Mais peut-on dire que cette mesure reste opportune avec l'avènement du RAMU censé proposer des primes plus basses ?

B. Les insuffisances techniques

L'assureur a une part de responsabilité dans le tableau déficitaire de l'assurance maladie en raison de son manque de rigueur dans la sélection du risque. Ceci est dû soit à une insuffisance technique, soit à une concurrence déloyale ou encore à un défaut de contrôle des partenaires tels que les agents généraux, les courtiers ou les sociétés de gestion maladie. Les souscriptions sont souvent faites pour le compte des assureurs sans une bonne appréciation du risque au mépris des règles et principes des assurances en évoquant très souvent des prétextes commerciaux.

On peut aussi noter le manque de contrôle des remboursements de facture et le fait que les sinistres payés par les gestionnaires pour le compte des compagnies ne font pas souvent l'objet de contrôle rigoureux.

Afin de contribuer à la réduction des risques inventoriés, il s'avère impérieux de proposer un certain nombre de mesures préventives et correctives.

⁴² Propos recueilli lors d'un entretien avec un assureur

SECTION 2 : RECOMMANDATIONS POUR LA PERENNISATION DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE.

De l'analyse critique faite à partir des forces et faiblesses du RAMU, il résulte qu'en dépit de son opportunité qui se justifie, un tel régime reste exposé à divers périls. La majorité des périls étant liés aux individus, nous jugeons utile de formuler des recommandations en direction des principaux acteurs de l'assurance maladie universelle. Nous ciblons l'ANAM (paragraphe 1), l'Etat (paragraphe 2), les partenaires techniques et financiers, les prestataires et les assurés (paragraphe 3) ainsi que l'assureur (paragraphe 4).

Paragraphe 1 : Mesures techniques pour une bonne gestion du risque maladie

A. Moyen de lutte contre la surfacturation

Instaurer un système dit d'« enveloppe globale »⁴³ négociée à l'avance afin que tout dérapage sur ce volume ou sur la quantité des prescriptions d'une partie des médecins du centre de santé conduise à une baisse des rémunérations de l'ensemble ou même à la suspension de la convention de partenariat. L'enveloppe globale correspond à un montant de subvention des frais de fonctionnement alloués aux centres de santé qui ne doit pas être dépassé. Les médecins seront tenus de respecter le montant qui leur sera alloué, au delà duquel ils devront rembourser tout dépassement. Il s'agira aussi d'un genre de plafond des prestations facturées à l'ANAM préétablis en fonction des statistiques de consommation antérieures et des projections faites compte tenu de l'accroissement normal du coût des soins de santé.

B. Tarification des actes médicaux et importance des conventions

En assurance maladie de la sécurité sociale telle que l'assurance maladie universelle du Bénin, le conventionnement des centres de santé et pharmacies doit être la règle car il est un élément important du contrôle des prestations et permet de fixer les tarifs d'honoraires qui serviront de base de remboursement.

La finalité de la convention doit être la détermination des obligations de l'Agence et celles des prestataires en fixant une tarification aux services médicaux.

⁴³ BERESNIAK Ariel /DURU Gérard, op cit. page 6

Le conventionnement est une fonction délicate qui ne peut être confiée aux organes gestionnaires délégués mais doit incomber à l'ANAM. Les centres de santé publique doivent être priorités. L'adhésion des centres de santé privés ne devrait pas être obligatoire; cependant la réglementation doit être faite de telle sorte qu'elle soit en même temps incitative et coercitive.

L'adhésion à une convention permet de créer et de développer plus facilement de la clientèle et de bénéficier des avantages fiscaux. Adhérer à une convention impose de se soumettre au contrôle de l'activité qui peut aboutir à des sanctions. En réalité, les véritables sanctions sont rares. Il s'agit très souvent d'avertissement ou de rappels à l'ordre.

C'est le système de tarification par épisode de maladie qu'il convient d'adopter pour les assurances sociales, la tarification à l'acte ayant montré ses limites. Ce système fixe une sorte de coût moyen par maladie selon le niveau de qualification du centre de santé et le lieu d'implantation (urbain/rural).

C. Moyens de lutte contre l'anti sélection

Parmi les propositions faites plus haut, certaines servent déjà à lutter contre l'anti sélection, elles peuvent être reprises et résumées en termes de segmentation ou catégorisation de la population selon plusieurs critères, l'encouragement des assurances de groupe, interdiction d'assurer les groupes uniquement constitués pour bénéficier de l'assurance maladie universelle. L'adoption d'un mode de cotisation par tranche ou par seuil en référence à la pratique des mutuelles de santé pourrait être un des moyens de lutte contre l'anti sélection.⁴⁴

D. Propositions pour une meilleure gestion des ressources

Afin d'avoir une meilleure traçabilité de la prime et une gestion tout au moins équilibrée des ressources du RAMU, il est nécessaire que les groupes sociaux les plus vulnérables que sont les indigents, les gros risques, les cas spéciaux⁴⁵ ne fassent pas partie du RAMU et soient prises en charge dans le cadre de d'autres programmes sociaux sanitaires.

⁴⁴ Rachid Aladji Boni et al. *Contribution du programme Appui Suisse aux mutuelles de santé à la conception de la réforme de l'assurance maladie universelle au Bénin*. CIDR, AIMS, RAS. Page 19

⁴⁵ Cf. Tableau 4 : fourchettes de prime dans le Rapport d'Etape de novembre 2011.

Nous proposons que les différents fonds bien que logés à l'ANAM fassent l'objet de gestion distinctement séparée afin d'en faciliter l'évaluation. L'ANAM devra œuvrer constamment à la maîtrise des frais de fonctionnement ; c'est-à-dire les frais généraux. Cela est important pour assurer sa crédibilité auprès des partenaires et donner la garantie de pouvoir faire face à tout moment aux sinistres et espérer une éventuelle rentabilité.

La gestion de l'assurance maladie universelle en dépit de la complexité qu'elle revêt doit être orientée vers une démarche de qualité et poursuivre constamment la satisfaction des assurés. Pour ce faire, elle passe nécessairement par l'élaboration et le respect d'un manuel de procédures, l'instauration d'un système d'audit et un contrôle interne de gestion efficace, l'élaboration et le suivi des indicateurs de performance, la formalisation et la programmation des missions de contrôle inopinés et périodiques. L'informatisation de la gestion, la mise en réseau des structures déconcentrées et gestionnaires déléguées, l'adoption de logiciels performants de gestion maladie et l'identification biométrique des assurés au moyen de cartes magnétiques sont indiquées.

Paragraphe 2 : Le rôle prépondérant de l'Etat

A. Une importante subvention de l'Etat est attendue

Si la couverture universelle recouvre la prise en compte de toutes les couches, alors qu'en assurance le paiement de la prime est sine qua non, l'Etat devra donc se substituer aux catégories sociales dont les ressources ne permettent pas de penser à l'assurance. Le recours au subventionnement des primes pour les indigents et certains actifs du secteur informel est donc une nécessité. Mais notons qu'il sera difficile de les identifier en l'absence d'une source d'information fiable sur leurs revenus et d'un mécanisme rigoureux d'identification.

B. Des sources novatrices de financement à envisager

Comme il a été noté plus haut, l'assurance maladie universelle relève de la sécurité sociale et requiert l'intervention de l'Etat tant au niveau de l'organisation, du fonctionnement que pour le financement. Il est recommandé d'étudier l'efficacité du prélèvement de certaines taxes spéciales. L'on peut penser à une taxe sur les boissons alcoolisées, sur la cigarette, sur la vente des produits pétroliers de contrebande (essence frelatée), sur les usines.⁴⁶ Ces taxes pourraient alimenter un fonds de garantie santé.

⁴⁶ Faire référence à la logique du pollueur payeur imposée aux usines

C. Nécessite de renforcer les capacités des mutuelles de sante.

Celle-ci devrait s'exprimer par deux moyens combinés : des directives claires à l'endroit des agents et les mesures d'accompagnement appropriées.⁴⁷ La professionnalisation, la mise en réseaux et la conformité au nouveau cadre juridique, qui est le règlement de l'UEMOA sur les mutuelles sociales sont les pressants défis que les mutuelles de santé sont appelées à relever afin d'être à la hauteur de l'enjeu.

D. Un meilleur système de santé est un préalable obligatoire

La mise en place de tout régime d'assurance maladie, fait appel à un système de soins de santé qui réponde aux critères suivants :

- meilleure qualité des soins ;
- meilleure décentralisation du système sanitaire et meilleure répartition des infrastructures sanitaires ;
- mise en commun des risques par un plus grand nombre de personnes ;
- promotion de la pharmacopée et des associations.

D'autres actions nécessitant des efforts financiers sont à entreprendre : construction de nouveaux centres de santé, recrutement et redéploiement du personnel de santé, répartition territoriale équilibrée des médecins selon la méthode des ratios nombre de médecins/habitants, diversification des prestations etc.

Un contrôle plus accentué des centres d'approvisionnement en médicament qui à l'occasion de l'assurance pour tous, se seraient multipliés est souhaitable.

E. Un contrôle rigoureux et coordonné

Certainement, le souci d'une bonne gestion de l'ANAM et l'implication de plusieurs départements ministériels dans l'assurance maladie universelle, conduit l'Etat à soumettre l'ANAM au contrôle de plusieurs entités de contrôle. Afin d'éviter des confusions de rôle et des conflits d'attribution, il est urgent qu'un cadre réglementaire définisse les différentes missions afin que la coordination du contrôle entre les départements ministériels se passe dans de bonnes conditions.

⁴⁷ Rachid Aladji Boni et al, op cit. page 23

Paragraphe 3 : Suggestion à l'endroit des partenaires de l'assurance maladie universelle

A. Suggestion à l'endroit des partenaires techniques et financiers.

Ces acteurs de développement sont appelés à poursuivre et à renforcer leur action dans le domaine social et sanitaire en s'intéressant à l'assurance maladie en générale et à l'assurance maladie universelle en particulier.

La santé est devenue une ressource importante de développement. C'est pourquoi investir dans le domaine de l'assurance maladie vaut autant qu'investir dans les secteurs d'activités économiques.

B. Suggestion à l'endroit des prestataires

Ce sont les établissements sanitaires et officines pharmaceutiques. Ils sont soit conventionnés ou prestataires libres. Leur part de responsabilité a été longuement située dans la problématique que pose l'assurance maladie. Ils sont pourtant des acteurs incontournables dans le trépied de l'assurance maladie. C'est à leur niveau que se concrétisent les objectifs des assurés. Ce sont eux qui assurent la crédibilité des assureurs par les services qu'ils offrent.

Il urge que les agents de santé et leurs responsables œuvrent pour regagner la confiance des assurés et de leurs assureurs. Ils doivent se conformer au code d'éthique et de bonne pratique élaboré à leur attention.

A l'occasion de l'avènement du RAMU, les responsables des centres de santé et leurs diverses associations doivent revoir à la baisse le coût de leurs services et leur tarif devra être unique et uniforme que ce soit pour l'assurance privée ou l'assurance universelle. Ils sont appelés à faire former régulièrement leurs agents et leur faire comprendre l'importance de leur collaboration dans la couverture universelle de l'assurance maladie. Les officines pharmaceutiques partenaires devraient revoir à la baisse les prix des produits et adopter les médicaments sous noms génériques.

Quant aux autres centres de santé et de pharmacie, ils doivent répondre aux sollicitations des assureurs maladie et de l'Agence sans beaucoup de conditions en

acceptant de lier avec cette dernière des relations contractuelles ou de partenariat. Le gain de chaque partie dans cette relation doit être juste et équitable.

C. Suggestion à l'endroit des consommateurs d'assurances et de soins de santé

Les populations affiliées au RAMU doivent œuvrer pour faciliter le recouvrement régulier et à temps des cotisations, éviter les fraudes et abus des services fournis. Les assurés doivent améliorer leur hygiène corporelle et alimentaire, éviter les habitudes et pratiques « contre médicales » pouvant les rendre trop vulnérables ; faisant d'eux des consommateurs excessifs des services des assurances maladie universelle. Ils doivent être réceptifs aux actions de sensibilisation à l'adhésion, à la culture d'assurance et à l'adoption des comportements sains. L'existence d'une dynamique du mouvement associatif peut être un acquis à l'adhésion étant donné que c'est l'adhésion de groupe et par famille qui convient ici plutôt que l'adhésion individuelle.

Paragraphe 4 : La contribution de l'assureur dans la couverture universelle du risque maladie

A. Revue de quelques mesures de lutte contre la fraude

En application du Code des Assurances, l'assureur maladie met en œuvre un certain nombre de moyens afin d'amoindrir les effets de la fraude. On peut citer :

- la nullité du contrat en cas de fausse déclaration du risque faite de mauvaise foi ;
- le maintien du contrat avec surprime ou la résiliation du contrat en cas de fausse déclaration de bonne foi constatée avant le sinistre ;
- l'application de la règle proportionnelle de prime si la fausse déclaration de bonne foi est constatée après la réalisation du risque ;
- la résiliation du contrat après sinistre en cas de négligence révélée de la part de l'assuré si cette éventualité est prévue par le contrat ;
- l'exclusion systématique des risques susceptibles d'engendrer trop de fraudes et des risques certains, la majoration de la prime ou le plafonnement de la garantie ;
- l'instauration de délais de carence particulier (exemple 09 mois pour la grossesse) ;
- l'application de la clause d'ajustement ;
- etc.

Quelques-uns de ces moyens de lutte contre la fraude propres à l'assurance maladie proposée par les compagnies ne paraissent pas très adaptés à l'assurance maladie sociale qui ne peut refuser la couverture à certaines personnes en raison de leurs antécédents médicaux ou à l'heure actuelle fixer la prime à payer en fonction de la gravité du risque. De toute façon, les malades graves sont pris en charge dans le cas d'un programme spécial ou considérés comme indigents. Par contre certaines techniques utilisées par les assureurs peuvent être appliquées dans le cadre de l'assurance universelle. Il s'agit de :

- ❖ **le contrôle sur pièces de l'activité des gestionnaires et prestataires** : les pièces à contrôler sont les fiches de déclaration maladie, les ordonnances, tickets de caisse et facture. Ces pièces doivent faire ressortir l'identité du prestataire, la nature de la prestation, la date de la prestation, le nom du bénéficiaire, le numéro de la police concernée, le numéro de la carte du patient, le coût total de l'acte, le ticket modérateur payé par l'assuré et le montant restant dû.⁴⁸ Ces informations feront l'objet de rapprochement entre les documents reçus par chaque partie : assureurs, prestataires et gestionnaires délégués.
- ❖ **le contrôle sur place** consiste à se rendre sur place afin de vérifier la conformité de la pratique avec les procédures et normes retenues dans les différentes conventions d'une part et des pièces avec la réalité d'autre part. L'occasion sera ainsi donnée à l'assureur de contrôler la tenue de certains documents et pourra se rendre compte de la présence physique du patient dont le nom figure sur le bon de prise en charge en cas d'hospitalisation par exemple.
- ❖ **la tenue des statistiques de consommation** : elle permet de surveiller la consommation médicale de chaque assuré. Cela passe d'abord par le contrôle de l'identité des bénéficiaires en s'assurant que les personnes qui reçoivent les soins y ont effectivement droit. Ensuite l'état des statistiques sera présenté et expliqué à l'assuré afin qu'il prenne des mesures de prévention et agisse sur les facteurs de risque. La création d'une base de données (fichier client) servira à faire une bonne analyse de la consommation et du comportement des assurés.

⁴⁸ SORO Dofèrègouô. La fraude en assurance maladie : Diagnostic et Thérapeutique. INSP de Yamoussoukro. page 34

B. Le rôle de l'assureur au sein du RAMU

Dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle, les compagnies ne seront pas du reste. Elles interviendront en premier ressort comme offreurs de garantie complémentaire et en plus leur expérience en gestion du risque maladie sera mise à contribution en tant qu'organisme gestionnaire délégué de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ou autres.

C. Que peut être l'avenir du portefeuille maladie des compagnies ?

L'arrivée de l'Etat sur le marché de l'assurance va quelque peu modifier les positions. Une assurance maladie de la sécurité sociale peu susciter des remous, des mécontentements voire des hostilités au sein des professionnels des assurances. Cette attitude paraît normale en ce sens que l'Etat peut être vu comme un concurrent. Mais en réalité, il en est autrement.

La majorité des populations ciblées par l'assurance maladie universelle est actuellement en marge de la couverture des compagnies d'assurance en raison de la faiblesse de leur revenu et de leur statut informel. L'Etat en reprenant ses prérogatives, va quelque peu soulager les assureurs privés qui couvraient ce risque tant bien que mal.

Malheureusement, pendant les premières années d'activité des régimes d'assurance maladie universelle, l'on pourrait noter une baisse significative des chiffres d'affaires des compagnies du fait de l'enregistrement de plusieurs sorties de clients des portefeuilles maladie. Mais ceci donnera l'occasion aux assureurs d'apurer leur portefeuille ; plusieurs risques suspects à l'occasion se seront tournés vers l'assurance sociale. Les besoins en garanties complémentaires ramèneront vers les compagnies les assurés sociaux confrontés à la limitation des garanties. L'avènement d'un régime d'assurance sociale est une occasion pour les assureurs de s'investir beaucoup plus dans la micro assurance en adaptant leurs produits au niveau de vie des populations rurales et de l'informel afin d'améliorer le taux de pénétration de l'assurance au sein de cette immense majorité.

CONCLUSION

Il ressort de notre étude que l'assurance maladie dans les pays développés relève des assurances sociales instaurées par l'Etat en vertu des dispositions supranationales et constitutionnelles. Les assureurs privés interviennent afin d'offrir une couverture complémentaire. Par contre, dans de nombreux pays en développement dont le Bénin membre de la CIMA, l'assurance maladie est offerte par les compagnies privées d'assurances et quelques mutuelles de santé.

Il a été reconnu que la gestion de l'assurance maladie pose des problèmes aux assureurs à cause de ses résultats généralement déséquilibrés. La branche santé occupe en 2010, 27 % du portefeuille des compagnies d'assurance au Bénin et reste l'une des branches qui connaissent les plus forts taux de sinistralité ; taux dépassant généralement les normes requises. Ceci confirme l'hypothèse 1 selon laquelle l'assurance maladie est problématique.

Les techniques de gestion utilisées par les assureurs intègrent les moyens de prévention de la fraude et font la particularité de l'assurance maladie. Ces techniques sont sous-tendues par la volonté de limiter les abus et d'améliorer les résultats. Cependant, elles paraissent encore insuffisantes au regard des résultats enregistrés. Les mesures imposées par les assurances privées en termes de primes, de sélection de risque paraissent draconiennes et font de l'assurance maladie l'apanage des couches aisées. En outre, le paiement direct des soins de santé a entraîné dans les pays d'Afrique occidentale et du centre plusieurs formes d'exclusion des populations des soins de qualité.

Pour pallier cette inégalité à l'accès aux soins de santé au moyen de l'assurance, la tendance mondiale est à la couverture universelle. Dans cet ordre d'idée, se situent la résolution de la 58^{ème} assemblée mondiale de la santé de l'OMS et les recommandations de la CIPRES.

Sur cette base la plupart des pays d'Afrique se sont engagés dans la mise en place progressive d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle. Celui en cours au Bénin est une initiative du pouvoir public. Sa gestion et son financement requièrent un important engagement de la part du gouvernement. L'Etat est appelé à prendre en charge la prime

d'une certaine catégorie de la population à subventionner les frais de fonctionnement, à combler les déficits et à superviser le contrôle de la gestion du régime. C'est là l'une des résolutions du 2^{ème} congrès mondial de la confédération syndicale internationale tenue à Vancouver, du 21 au 25 juin 2010. Le Congrès réaffirme que la justice sociale exige une intervention de l'État déterminée et effective. Notre hypothèse 2 s'est ainsi confirmée.

Le RAMU du Bénin est fondé sur un certain nombre de principes que sont la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat, l'équité, la gestion participative et l'efficience. Cependant il a été reconnu que l'institution d'un régime universel d'assurance maladie ne peut être une panacée. En plus des vulnérabilités propres au mode d'organisation et de fonctionnement, l'assurance sociale et universelle n'échappe pas aux problèmes de gestion du risque maladie rencontrés par les compagnies d'assurance du Bénin et de la zone CIMA.

La demande de santé est proportionnelle à l'intensité de l'exposition aux maladies et est très forte dans les pays en voie de développement soumis aux maladies qui s'étendent sur un mode endémo-épidémique. Plus gravement, les résultats techniques sont alourdis par la tendance générale à la fraude manifestée par une convergence à la surproduction et à la surconsommation des soins et de l'assurance. L'assurance maladie universelle sera mise en œuvre dans le même environnement que celui dans lequel opèrent les compagnies. On y retrouvera les mêmes acteurs, les mêmes partenaires, ainsi que les mêmes vecteurs de la maladie. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, le RAMU est exposé à des risques. Il en découle la confirmation notre hypothèse 3.

Dans l'optique d'une couverture universelle et durable de nos populations, des mesures correctives et préventives ont été indiquées tant sur le plan technique que celui de la bonne gouvernance. L'avènement du RAMU est salubre pour les compagnies d'assurance à qui s'offre l'occasion d'assainir leur portefeuille maladie. Il est envisagé qu'ils seront appelés à collaborer avec l'ANAM en tant qu'organismes gestionnaires délégués et offriront une couverture complémentaire aux populations. Enfin, nous avons émis des suggestions à l'endroit de chaque catégorie d'acteurs afin que la couverture universelle de la population soit effective et pérenne. Nous espérons que l'ébauche de simulation de l'avenir du portefeuille maladie des compagnies puisse être approfondie et inspirer les années à venir d'autres recherches dont par exemple l'impact du RAMU sur le marché de l'assurance.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages Généraux

- ✓ DUPEYROUX Jean Jacques. *Sécurité Sociale*. 5^{ème} édition. Paris : Sirey, 1985, 307 p.
- ✓ FAIVRE Lambert, Yvon- *Droit des assurances*. 2^{ème} édition. Dalloz, 1977.
- ✓ COUILBAULT François et ELIASHBERG Constant. *Les grands principes de l'assurance*. 9^{ème} édition. Paris : L'Argus, 2009, 388 p.

II. Ouvrages spécialisés

- ✓ KUTZIN J. *l'Assurance maladie dans le secteur formel en Afrique. Oui, mais ...* Genève, Suisse : OMS, 1997. (Cahier Ara ; 14), 24 p.
- ✓ PAVY Aude-LETOURMY. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Paris : CERDI, AFD, 2005, 223 p.
- ✓ BERESNIAK Ariel /DURU Gérard. *Economie de la Santé*. 4^{ème} édition. Paris : Masson, 1992, 1997, 182 p.
- ✓ Guy Carrin et Chris James. *L'assurance maladie sociale : les facteurs clés qui affectent le passage à la protection universelle* paru dans la Revue Internationale de Sécurité Sociale ; vol 58, n°1 janv-mars 2005,
- ✓ Dorjsuren Bayarsaikham & al. *Développement de l'assurance maladie sociale en Mongolie : Réussites, problème et enseignements*. Volume 58, n° 4 octobre-décembre 2005 in Revue Internationale de Sécurité Sociale

III. Publications et rapports

- ✓ Rachid Aladji Boni, Ismaël Yacoubou, Bruno GALLAND. *Contribution du programme Appui Suisse aux mutuelles de santé à la conception de la réforme de l'assurance maladie universelle au Bénin*. CIDR, AIMS, RAS.66p
- ✓ L'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS). *l' Avenir de la sécurité sociale en Afrique francophone* 1^{ère} édition– Abidjan : AISS, 2001.
- ✓ Dror et Jacquier. *Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus* (1999)
- ✓ *Draft de la politique et stratégie de professionnalisation des mutuelles de santé au Bénin, 2013-2017*. Cotonou : USAID/BENIN, Mai 2012.
- ✓ Hugues B. M. TCHIBOZO, Aristide ATEMENOU et al. *Rapport d'étape au 30 novembre 2011 sur le processus de mise en place du RAMU*. Cotonou, Novembre 2011. Ministère de la Santé.

IV. Mémoires et rapports de stage

- ✓ SORO Dofèrègouô. *La fraude en assurance maladie : Diagnostic et Thérapeutique*. INSP de Yamoussoukro
- ✓ MEBIAME assane. *Fraude en assurance santé*. DESS-A 18^{ème} promotion. IIA Yaoundé 2008
- ✓ SOUHOUNDAMADJI MBERKOUBOU. *Problématique de la gestion de l'assurance maladie*. MST A 8^{ème} promotion. IIA Yaoundé 2008
- ✓ ALI SOFFO Ibrahima. *La gestion de l'Assurance maladie dans la zone CIMA : Cas de la CAREN*. MST-A 9^{ème} promotion. IIA Yaoundé 2010.
- ✓ SEDEGAN Dayane. *La gestion des sinistres en assurance maladie*. MST-A 9^{ème} promotion. IIA Yaoundé 2010

V. Cours non édités

- ✓ NDOBO Basile. *Assurances des Risques Divers*. DESS-A. IIA Yaoundé 2011
- ✓ M. FOADING Joseph Luc. *Assurances de Personnes*. DESS-A. IIA Yaoundé 2011
- ✓ ANNEY ASSI Lucas. *Introduction à l'assurance*. DESS-A. IIA Yaoundé 2011

VI. Textes législatifs et réglementaires

- ✓ Décret n° 2011-089 du 8 mai 2012 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)
- ✓ Le code des Assurances de la CIMA
- ✓ La loi 98-019 du 21 mars 2003 portant Code de Sécurité Sociale en République du Bénin.
- ✓ La loi 98-004 du 27 janvier 1998 portant Code du Travail en République du Bénin.
- ✓ La Convention Collective Générale du Travail du 30 décembre 2005.
- ✓ La Convention n° 102 de l'OIT du 28 juin 1952 sur la norme minimale de la sécurité sociale.
- ✓ La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948.

ANNEXES

- I. Compilation des questionnaires d'enquête
- II. Tableau 1: Segmentation des cibles du RAMU
- III. Tableau2: Contribution actuelle de chaque mécanisme au financement de l'accès aux soins.
- IV. Organigramme de l'ANAM

I. Compilation des questionnaires d'enquête

ENQUETE AU PRES DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

Thème : "LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE"

DOSSOUMOU C. Paulin
DESS-Assurance, IIA Yaoundé
00229 97 87 40 12

QUESTIONNAIRE

- 1°) Quelle place les contrats d'assurance maladie occupent-ils aujourd'hui dans votre portefeuille ?
 - 2°) Êtes-vous satisfaits du comportement de cette branche ? Si oui, sur quels points ?
 - 3°) Si non, pour quelles raisons ?
 - 4°) Pensez-vous à d'autres causes et même à des causes externes ?
 - 5°) Pourquoi acceptez-vous de commercialiser ce produit et de perdre de l'argent en dépit des difficultés rencontrées ?
 - 6°) Que peut-être à votre avis l'impacte de l'avènement du RAMU sur le portefeuille maladie des compagnies d'assurance ?
 - 7°) Pensez-vous que l'assureur privé a un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'un tel régime d'assurance ?
 - 8°) Pouvons nous avoir des chiffres sur la gestion de l'assurance maladie (chiffres d'affaire, paiements, PSAP) au sein de votre compagnie d'assurance sur les 5 dernières années ?
- Merci pour votre aimable contribution.

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN CONSEIL DU SERVICE SANTÉ DES COMPAGNIES D'ASSURANCE

« LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE »

DOSSOUMOU Chabi Paulin
DESS-Assurances/ I.I.A
97874012

- 1) Quel est votre rôle au sein du service santé de la compagnie ?
 - 2) A quoi consiste-t-il ?
 - 3) Quels sont les éléments à contrôler ou les pistes utilisées lors de vos contrôles ?
 - 4) Quels sont les cas d'erreurs ou d'abus les plus couramment rencontrés ?
 - 5) Quels sont selon vous les raisons qui expliquent la surconsommation du produit assurance santé par les assurés ou les résultats déficitaires enregistrés très souvent par les assureurs maladie ?
 - 6) Pensez-vous que l'état actuel des éléments qui suivent est favorable à l'institution d'une assurance maladie universelle au Bénin ?
 - L'environnement
 - Le comportement des populations
 - Les infrastructures sanitaires
 - Les ressources humaines
 - Autres.
 - 7) Quels sont selon vous les atouts à la réussite du projet RAMU ?
 - 8) Voyez-vous d'éventuels obstacles à la bonne marche et à la pérennisation du RAMU ? Si oui lesquels ?
 - 9) Quelles sont probablement quelques pistes de solutions à explorer ?
- Merci pour votre contribution

LA PROBLEMATIQUE DE LA GESTION DU RISQUE MALADIE

DOSSOUMOU C. Paulin
DESS-Assurances/IIA
97874012

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES COURTIER

1. Présentez nous s'il vous plaît votre société de courtage

2. Quelle est la place de l'assurance maladie dans votre chiffre d'affaire ?
3. Parlez nous de votre rôle dans le marché de l'assurance maladie en tant qu'intermédiaire des assurances
4. Concernant ce rôle, quelles difficultés particulières rencontrez-vous en assurance maladie ?
5. Parlez nous de votre rôle de gestionnaire des polices d'assurance maladie des compagnies ?
6. Quels sont les problèmes liés à la gestion du risque maladie ?
7. Comment peut-on expliquer le déficit de la branche assurance maladie ?
8. Quelles solutions proposez-vous ?
9. Quel est selon vous l'avenir de l'assurance maladie des compagnies béninoises avec l'avènement du Régime d'Assurance Maladie Universelle ?
10. Les courtiers d'assurances ont-ils un rôle à jouer dans la mise en œuvre du RAMU ? Si oui lequel ?

Merci pour votre contribution

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC M. Hugues TCHIBOZO, point focal du RAMU

- I. Quelle est l'architecture définitivement adoptée pour le RAMU ?
- II. Comment se fera la coordination de la gestion technique ?
- III. A quelle étape du processus sommes-nous aujourd'hui en considérant le contenu de la page 49 du rapport d'étape intitulé « mise en place des organes de coordination et de gestion, les textes, les prochaines étapes » ?
- IV. Quelles sont les prochaines étapes ?
- V. Où en est-on avec la simulation financière à réaliser avec l'outil SIMINS avec l'appui technique de l'OMS et la GTZ ?
- VI. Quelles sont les mesures de contrôles prises en amont pour éviter les fraudes et abus ?
- VII. Quelle est la fourchette de prime (tarif) finalement retenue ?
- VIII. Y'a-t-il des problèmes qui se manifestent à l'étape d'aujourd'hui ?
- IX. Puis-je avoir de la documentation sur l'assurance maladie dans certains pays d'Afrique et sur les différentes expériences de l'assurance maladie universelle ?
- ✓ TCHIBOZO H. «Modélisation des relations entre acteurs du trépieds d'assurance maladie en Afrique», Cotonou, octobre 2011.
- ✓ Chris Atim: opérationnalisation de l'assurance maladie au Ghana, Atelier technique sur l'assurance maladie, Kigali, mai-juin10.
- ✓ Autres
- X. Que pensez-vous du présent thème de mémoire : « Le RAMU du Bénin face à la problématique de la gestion du risque maladie »

Merci pour votre
contribution

Paulin DOSSOUMOU/ DESS-Assurances /I.I.A/ 97 87 40 12

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DES ASSURANCES SUR LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSEL

QUESTIONNAIRE

- 1°) Pensez-vous Monsieur le Directeur que l'institution du RAMU est opportune ? Pourquoi ?
- 2°) Quel a été le rôle de votre direction dans le projet de conception et de mise en œuvre du RAMU ?
- 3°) Pensez-vous que les compagnies d'assurance ont-elles un rôle à jouer au sein du RAMU ? Si oui lequel ?
- 4°) Que peut-être à votre avis l'impacte de l'avènement du RAMU sur le portefeuille maladie des compagnies d'assurance ?

- 5°) Pensez-vous que la gestion du risque maladie pose problèmes ? Si oui les quels et pour quelles raisons ?
- 6°) Le RAMU est-il à l'abri de ces problèmes ? Quels sont les risques spécifiques au RAMU au regard de son architecture et de son mode fonctionnement ?
- 7°) Quelles solutions envisagez-vous proposer afin d'éviter ou de réduire les vulnérabilités du RAMU ?
- 8°) Pouvons nous avoir des chiffres sur la gestion de l'assurance maladie au sein des compagnies d'assurance sur les 5 dernières années ?
- 9°) Avez-vous quelque chose d'autres à ajouter ?
- Nous vous prions de bien vouloir recevoir Monsieur le Directeur des Assurances l'expression de notre gratitude.

II. Tableau 1 : Segmentation des cibles du RAMU

Catégories sociales	Mécanisme de couverture en vigueur	Types de régime
1- SECTEUR FORMEL		
Les employés du secteur public (autres que ceux des collectivités locales) et les personnes à leur charge	FSPA, FNRB	Assurance publique
Les employés et employeurs du secteur privé formel et du parapublic y compris les collectivités locales	CNSS Compagnies d'assurance	Caisse publique Assurance privée
2-SECTEUR INFORMEL		
Les travailleurs, employés et employeurs du secteur privé informel	Mutuelles de Sécurité Sociale, Mutuelles corporatistes	Assurance communautaire
Les acteurs du monde rural	Mutuelles de santé	Assurance communautaire
Les commerçants non déclarés	Mutuelles corporatistes	
Les artisans	Mutuelles corporatistes	
Les sans emploi et personnes au chômage	Néant	Néant
3-LES GROUPES VULNERABLES		
Les Indigents	Fond Sanitaire des Indigents (FSI)	Assistance sanitaire
Femmes à césariser	Fonds de Gratuité de la Césarienne (FGC)	Assistance sanitaire
Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans	Non encore opérationnel	Assistance sanitaire
Les personnes âgées	FPA	Assistance sanitaire
Les personnes en détresse vitale reçues en urgence	F DV	Assistance sanitaire

Source : rapport d'étape du RAMU, novembre 2011

III. Tableau 2 : Contribution actuelle de chaque mécanisme au financement de l'accès aux soins.

TYPES DE BENEFICIAIRES	ASSUREUR	Nombre adhérents	Prime moyen annuelle	CHIFFRE D'AFFAIRES effectif ou théorique (apport potentiel)	% apports
B.1- SECTEUR FORMEL					
B.1.1- Les employés du secteur public	FSFA	78 000	100 000	7 800 000 000	18,5
B.1.2- Les pensionnés du secteur public	FNRB	35 403	100 000	3 540 300 000	8,4
B.1.3- Immatriculés CNSS non assurés santé	Néant	134 777	100 000	13 477 700 000	31,9
B.1.4- Les employés du secteur privé formel, du parapublic et des collectivités locales	Compagnies d'assurance	21 200	200 000	4 240 000 000	10,0
B.2-SECTEUR INFORMEL					
B.2.1- Les travailleurs, employés et employeurs du secteur privé informel	MSS	3 500	7 500	26 250 000	0,1
B.2.2- Les acteurs du monde rural mutualisés	Mutuelles existantes	34 450	2 500	86 125 000	0,2
B.2.3- Le reste des populations (paysans, commerçants, artisans)	Mutuelles à venir	602 536	2 500	1 506 340 000	3,6
B.3-LES GROUPES SPECIFIQUES (VULNERABLES)					
B.3.1- Les Indigents	ETAT(FSI)	20 000	62 500	1 250 000 000	3,0
B.3.2- Indigents activement recherchés	ETAT(FSI)	150 634	20 000	3 012 680 000	7,1
B.3.3- Femmes à césariser	ETAT(FGS)	17 000	100 000	1 700 000 000	4,0
B.3.4- Personnes âgées			PM		
B.4- FONDS SPECIAUX					
B.4.1- Fonds évacuation APE et ACE (MFE)				4 500 000 000	10,7
B.4.2- Fonds évacuation citoyen (MS)				600 000 000	1,4
B.4.3- Fonds des hémodialysés (MS)				450 000 000	1,1
B.5- PROGRAMMES VERTICAUX			PM		
TOTAL DES ASSURES		1 097 500		42 189 395 000	100,0

Source : rapport d'étape du RAMU, novembre 2011

IV- Organigramme de l'ANAM

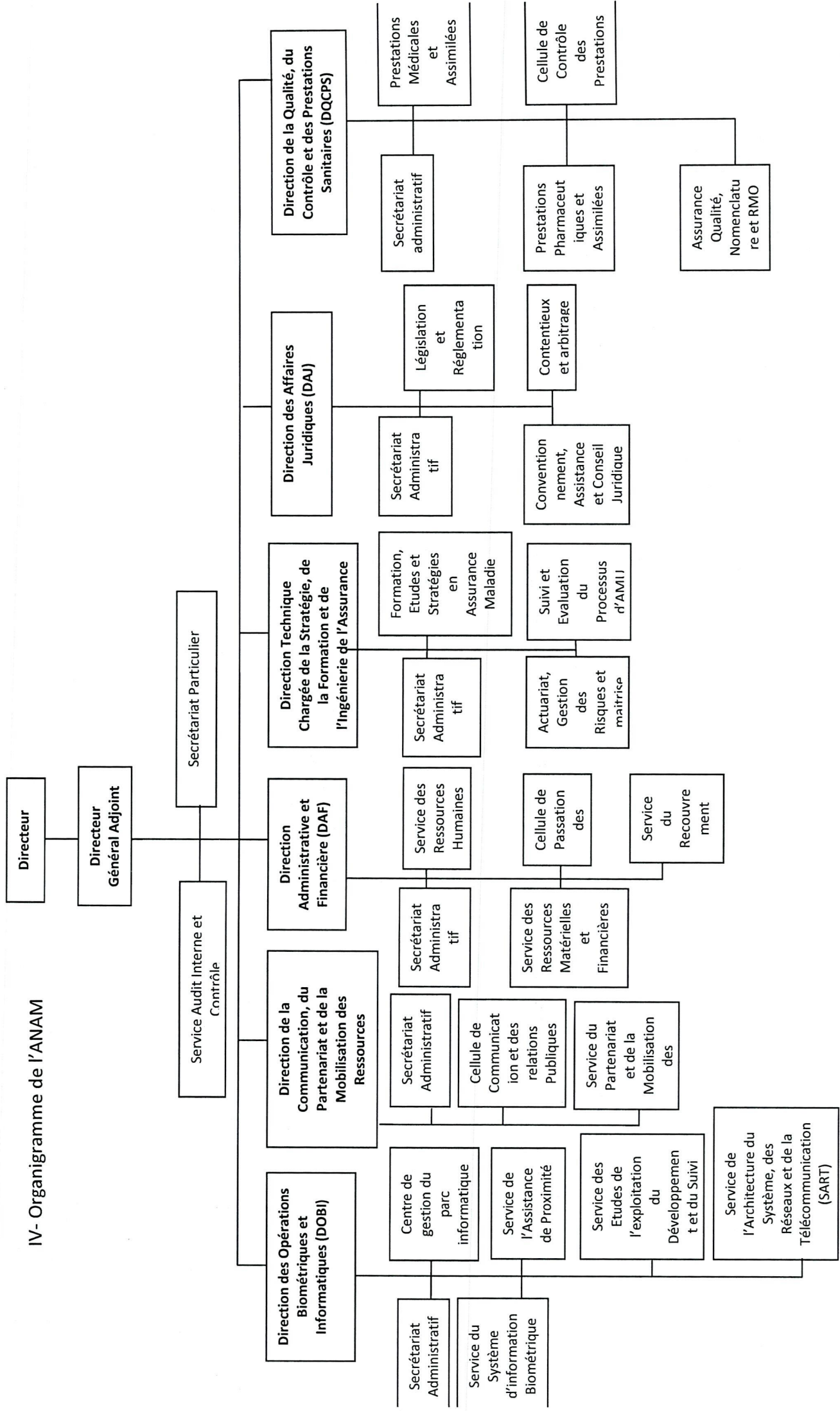


TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES GRAPHIQUES	v
GLOSSAIRE DE L'ETUDE	vi
RESUME	vii
ABSTRACT.....	viii
SOMMAIRE	ix
AVANT - PROPOS	x
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE	3
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE-CADRE THEORIQUE-METHODOLOGIE DE L'ETUDE	4
SECTION 1: DES OBSERVATIONS GENERALES AU CIBLAGE DE LA PROBLEMATIQUE	4
Paragraphe 1 : Généralités sur l'assurance et l'assurance maladie.....	4
A. Fondement juridique et éléments techniques	4
1. <i>Fondement juridique</i>	4
2. <i>Eléments techniques</i>	5
B. Les impératifs prudentiels de gestion.....	6
1. <i>Les règles prudentielles</i>	6
2. <i>Les caractéristiques de l'assurance maladie</i>	6
Paragraphe 2 : Ciblage, spécification et vision globale de résolution de la problématique	7
A. Tendances mondiales de l'assurance maladie	7
B. L'assurance maladie en Afrique et en zone CIMA	9
1. <i>Les initiatives malienne et gabonaise</i>	9
2. <i>L'exemple rwandais</i>	10
C. Problématique	11
SECTION2 : DU CANEVAS METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE A LA REVUE DE LITTERATURE	13
Paragraphe 1 : Justification de l'étude et méthodologie de recherche	13
A. Justification et objectifs	13
1. <i>Justification</i>	13
2. <i>Objectifs</i>	14
B. Hypothèses et méthodologie.....	15
1. <i>Hypothèses</i>	15
2. <i>Méthodologie</i>	15
Paragraphe 2 : Revue de littérature.....	16
CHAPITRE 2 : COLLECTE ET ANALYSE DES DONNEES SUR L'ASSURANCE MALADIE	20
SECTION 1 : LE MARCHE DE L'ASSURANCE SANTE AU BENIN	20
Paragraphe 1 : Le Régime de la CIMA	20
A. Les compagnies	20
B. Les courtiers.....	22
Paragraphe2: Les autres régimes.....	22
A. Le régime libre de l'informel	22
1. <i>Les Mutuelles de Santé (MS)</i>	22

2. Les Mutuelles de Sécurité Sociale (MSS)	23
B. Le régime obligatoire formel.....	23
1. Le régime de prise en charge des fonctionnaires	23
2. L'action sociale et sanitaire de la CNSS	24
3. L'assurance santé liée à l'entreprise	24
SECTION 2 : LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE AU BENIN	25
Paragraphe 1 : La production	25
A. L'objet du contrat.....	25
1. Les garanties du contrat.....	25
a. Les garanties de base	25
b. Les garanties complémentaires	25
c. Les prestations en espèce ou forfaitaires.....	26
2. Les exclusions de risques	26
A. Quelques particularités techniques	27
1. Le tiers payant.....	27
2. Le ticket modérateur.....	27
3. Le délai de carence et le délai d'attente.....	27
4. La clause d'ajustement.....	28
5. La réassurance.....	28
6. La provision pour sinistre à payer	28
7. Un produit d'appel	29
8. Une assurance de gestion de prime : « contrat d'entretien »	29
Paragraphe 2 : Le sinistre	29
A. La notion de sinistre en assurance maladie.....	30
B. Les différents systèmes de gestion	31
C. Le calcul de remboursement.....	32
Paragraphe 3 : Exemples de données relatives à la gestion de la branche maladie dans les compagnies.....	34
A. Le cas de la FEDAS.....	34
B. Le cas de la GAB	35
C. Le cas de NSIA-Bénin.....	36
DEUXIEME PARTIE	38
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DU RAMU	39
SECTION 1 : CONTEXTE ET CONCEPT DU RAMU	39
Paragraphe 1 : De la Genèse	39
A. Définition et Historique	39
B. Justification et Objectif	40
Paragraphe 2 : Des fondamentaux	40
SECTION 2 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	42
Paragraphe 1 : Architecture et coordination de la gestion	42
A. Architecture améliorée et provisoire du RAMU	42
B. Coordination et gestion du RAMU.....	44
a. Les modalités d'affiliation	45
b. La gestion des prestations	45
c. Du contrôle de gestion.	45
d. Les organismes gestionnaires de risque délégués	46
e. Les prestataires	46
Paragraphe 2 : Paramètres techniques	47
A. Le paquet des garanties de base.....	47
B. Les fourchettes de prime.....	48
CHAPITRE 2 : DIAGNOSTIC DU RAMU : ATOUTS ET RISQUES POTENTIELS	50
SECTION 1 : INVENTAIRE DES FORCES ET FAIBLESSES DU RAMU	50

Paragraphe1 : Les atouts à la pérennisation du RAMU.....	50
A. Des caractéristiques d'une population favorable	50
B. Des indicateurs sanitaires acceptables.....	51
C. Conformité à certaines exigences de développement humain	51
Paragraphe 2 : Les vulnérabilités liées à la conception du RAMU	52
A. Les insuffisances dues à l'organisation et au fonctionnement.....	52
B. Les insuffisances sur le plan technique	54
Paragraphe 3 : Les risques liés à la consommation des soins et de l'assurance.....	55
A. L'influence de l'environnement socio-économique	55
B. L'influence du comportement de l'assuré.....	56
Paragraphe 4 : Les risques liés à la production des soins par les prestataires	57
A. La surfacturation et la tarification fantaisiste des frais de soins	58
B. La facturation de prestations fictives et le changement de la nature de la maladie.....	58
C. Abus au niveau des pharmacies	58
D. L'accroissement anarchique des centres de soins et la baisse de la qualité des soins.....	58
Paragraphe 5 : Les difficultés techniques liées à l'assureur	59
A. La Sous tarification et la concurrence déloyale dans le privé.	59
B. Les insuffisances techniques	59
SECTION 2 : RECOMMANDATIONS POUR LA PERENNISATION DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE	60
Paragraphe 1 : Mesures techniques pour une bonne gestion du risque maladie.....	60
A. Moyen de lutte contre la surfacturation	60
B. Tarification des actes médicaux et importance des conventions	60
C. Moyens de lutte contre l'anti sélection	61
D. Propositions pour une meilleure gestion des ressources.....	61
Paragraphe 2 : Le rôle prépondérant de l'Etat.....	62
A. Une importante subvention de l'Etat est attendue	62
B. Des sources novatrices de financement à envisager.....	62
C. Nécessite de renforcer les capacités des mutuelles de sante.	63
D. Un meilleur système de santé est un préalable obligatoire.....	63
E. Un contrôle rigoureux et coordonné.....	63
Paragraphe 3 : Suggestion à l'endroit des partenaires de l'assurance maladie universelle.....	64
A. Suggestion à l'endroit des partenaires techniques et financiers.	64
B. Suggestion à l'endroit des prestataires	64
C. Suggestion à l'endroit des consommateurs d'assurances et de soins de santé.....	65
Paragraphe 4 : La contribution de l'assureur dans la couverture universelle du risque maladie.....	65
A. Revue de quelques mesures de lutte contre la fraude.....	65
B. Le rôle de l'assureur au sein du RAMU	67
C. Que peut être l'avenir du portefeuille maladie des compagnies ?	67
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXE	72
TABLE DES MATIERES	78

