

الملتقى الدولي السابع حول:
"الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير – تجارب الدول –"
جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف
كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسيير.
يومي 03-04 ديسمبر 2012

Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie
ZIANI Lila
ZIANI Zoulikha

*Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et des sciences de gestion,
Université Abderrahmane MIRA Bejaïa*

Résumé

Le financement du système de santé algérien est assuré par l'Etat, qui veille à l'équité sociale, et à la promotion des soins préventifs et des soins curatifs, afin d'améliorer l'état de santé de la population algérienne, par la sécurité sociale qui continue à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité. Et des ménages, qui assurent une proportion non négligeable des dépenses de santé. La participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays.

L'objectif de ce papier est de faire le point sur le rôle de la sécurité sociale en matière de financement de la santé en Algérie.

Introduction

Le financement du système national algérien de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale, et celle des ménages, d'où un modèle de financement mixte qui tire ses ressources d'une part par la fiscalité nationale, et d'autre part des cotisations sociales.

Le système de santé algérien est organisé autour d'un secteur privé. Le ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et ceux de la santé publique, et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

La participation des différentes sources de financement du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale en première position, et en faveur des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé, à ce stade un problème d'équité commence à être soulevé en Algérie en matière d'accès aux soins.

Des lors, l'objectif que nous assignons à notre présent travail consiste à tenter d'étudier la contribution de la sécurité sociale dans le financement de la santé.

I. LES FONDEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE

En Algérie, la sécurité sociale a occupé une position prééminente dans la politique du pays, comme vecteur du progrès social. Elle continue, aujourd'hui dans un contexte général moins favorable, à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité

1. Historique

La sécurité sociale a été mise en place à partir de 1949, avec les lois votées en France en 1945, d'après une longue lutte des travailleurs algériens pour les arracher au patronat colonial, durant la période coloniale. Ces principes ont servi les intérêts des entreprises coloniales.

Des avantages particuliers en matière de sécurité sociale sont accordés aux secteurs stratégiques et utiles pour les entreprises coloniales en particulier et à l'économie française en général.

A l'indépendance, le système de sécurité sociale est donc marqué par la multiplicité de régimes (11 régimes de sécurité sociale), cette organisation et mode de financement a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changements indispensables, à savoir :

La réorganisation de la sécurité sociale, l'amélioration des avantages servis aux assurés sociaux et à l'élargissement du champ d'application de la sécurité sociale notamment aux personnes démunies exclues de certains avantages. Ce qui a été concrétisé par le projet de refonte de la sécurité sociale à partir de 1970, basé sur :

- L'unification des structures,
- L'unification des avantages,
- L'élargissement des bénéficiaires.

Ainsi, la sécurité sociale veille à l'amélioration des conditions de travail et de vie des salariés et de leurs familles, par ces différents mécanismes de protection, contribuant au progrès social, et au développement économique national. L'application du contenu du projet de refonte, n'a eu lieu qu'en avril 1983.

Le système de sécurité sociale se base sur les principes suivants :

- La solidarité.
- L'uniformisation vers l'amont des avantages servis.
- L'unicité de gestion.

La sécurité sociale subit une nouvelle réforme à partir des années 90, qui a pour objet :

- Intégration d'un régime particulier de retraite,
- Attribution d'avantages particuliers à certaines catégories d'assurés,
- La création de nouvelles caisses de sécurité sociale (caisse d'assurance chômage.....),
- La prise en charge de nouvelles catégories non cotisantes.

Depuis leurs applications, ces nouvelles lois ont généré les déséquilibres financiers que connaît la sécurité sociale.

Après une période de plein essor, sous la double impulsion des programmes de développement économique, et des principes ayant présidé à sa refonte. Elle se trouve confrontée maintenant à des défis nouveaux, soulignés par l'accroissement de ses dépenses et la contraction de ses ressources, résultant du rétrécissement de l'emploi et de l'élargissement de la sphère informelle, en l'absence d'une croissance forte et durable.

Devant la crise économique aigue, que traverse le pays depuis les années 80 et les effets dévastateurs du terrorisme, la sécurité sociale a pu contribuer à amortir les effets de ces crises. Néanmoins, la sauvegarde du système de sécurité sociale et sa pérennisation sont aujourd'hui un défi à relever. Car la sécurité sociale qui a toujours occupé une place prépondérante dans la politique de protection sociale, et à leur actuelle, un vecteur important des transferts sociaux.

2. Organisation

L'organisation du système de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la gestion séparée des risques. Ainsi, il existe différentes caisses qui assurent la gestion d'un certain nombre d'actions inhérentes au risque géré, à savoir :

La CNAS : Caisse Nationale des assurances Sociales des travailleurs salariés.

La CNR : Caisse National des Retraites.

La CASNOS : Caisse Nationale des de Sécurité Sociale des Non Salariés.

L a CNAC : Caisse Nationale d'Assurance Chômage.

La CACOBATPH : Caisse Nationale des Congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment des Travaux Publics et de l'Hydraulique.

Ces organismes sont représentés sur tout le territoire national par un réseau d'agences, d'antennes ou de centres implantés respectivement au niveau des Wilayas.

Ces organismes sont administrés par des conseils d'administration où la représentation des adhérents est majoritaire. Ils sont placés sous la tutelle de l'Etat, qui assure son rôle de législateur, de contrôleur général et de régulateur, par le biais du ministère du travail et de la sécurité sociale.

Les caisses chargées de la gestion des risques couverts par la sécurité sociale, sont dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière, et réputées commerçantes dans leurs relations avec les tiers.

Le système de sécurité sociale algérien est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux, à savoir :

- Les assurances sociales,
- La retraite,
- Les accidents de travail et maladies professionnelles,
- Les prestations familiales,
- Le chômage,
- La retraite anticipée.

3. Les principes de fonctionnement

Tous travailleurs bénéficieront du droit à la sécurité sociale ; l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages en matière de sécurité sociale pour tous les travailleurs est déterminée par la loi.

La législation du travail doit garantir un niveau de vie décent en rapport avec le revenu du travailleur, à tous ceux qui ne peuvent pas travailler momentanément ou durablement en raison d'accidents ou de maladies constatées.

Selon l'article 190, de la loi n° 78-12 du 5 août 1978, la réglementation prévoit les conditions et modalités selon lesquelles des organismes employeurs sont appelés à concrétiser les orientations fondamentales des dispositions législatives en matière de protection sociale des travailleurs et de leurs familles frappées par les aléas de la vie.

D'après l'article 191, n° 78-12 du 5 août 1978, « la législation détermine les effets, sur la rémunération du travailleur, des perturbations provisoires ou définitives causées par la maladie ou l'accident et l'invalidité qui s'ensuit. »

Conformément à l'article 4, du décret exécutif n° 2000-186 du 6/07/2000, fixant les attributions du ministère de travail et de la sécurité sociale :

Dans le domaine de la protection sociale, le ministre de travail et de la protection sociale, dans la limite de ses prérogatives, le cas échéant, en relation avec les départements ministériels concernés :

- Evaluer les besoins prioritaires en matière de protection sociale et propose les mesures de leur prise en charge,
- Soutien les actions de la protection sociale dans le cadre des associations à caractère social et œuvre pour leurs développements,
- Propose les programmes de financement des politiques sociales décidées par le gouvernement et veille à leur mise en oeuvre et à leur suivi.

II. LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Le régime algérien de sécurité sociale a vocation de couvrir l'ensemble de la population résidant en Algérie: salariés, non-salariés et non actifs.

Le financement de la sécurité sociale provient des cotisations. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. La méthode de financement par cotisations consiste à prélever une somme sur les revenus des salariés et non salariés qui entraîne des obligations pour la sécurité sociale. L'assuré cotisant est obligatoirement couvert pour les risques prévus par la loi au moyen d'une cotisation unique. Ces prélèvements sont en partie supportés par les employés mais une part plus importante étant dévolue aux employeurs, certaines branches sont financées uniquement par l'employeur.

L'assiette des cotisations de sécurité sociale est constituée de l'ensemble des éléments du salaire à l'exclusion des prestations à caractère familial, des frais de remboursement, des primes de départ, des indemnités pour conditions de vies particulières.

Pour les travailleurs salariés, ces cotisations sont assises sur les salaires et le taux de cotisation affecté aux assurances sociales est de 14%, dont 1,5% à la charge de l'employeur.

Pour les titulaires de pensions et de rentes (anciens travailleurs salariés), la cotisation est assise sur le montant de la pension ou de la rente, et le taux est de 2% à la charge du pensionné ou du rentier.

Toutefois, ce dernier est exonéré de la cotisation lorsque le montant de la prestation qui lui est servi est inférieur au montant du salaire national minimum garanti.

Les titulaires de pensions ou de rentes dont le montant de l'avantage est égal ou inférieur au SNMG sont exonérés du paiement des cotisations d'assurances sociales. Pour les pensions ou les rentes dont le montant de l'avantage est supérieur au SNMG, le taux de cotisation d'assurances sociales est de 2 %.

Pour les travailleurs non salariés, la cotisation est assise sur le revenu annuel moyen et le taux de cotisation affecté aux assurances sociales est de 7,5%.

Ce taux est celui qui est généralement appliqué aux pensions (anciens travailleurs non salariés).

Pour les autres catégories d'assurés (étudiants, handicapés, anciens combattants), les cotisations sont assises sur le montant du salaire national minimum garanti et sont à la charge de l'Etat ; le taux varie de 1% à 7%, selon la catégorie.

Les taux de cotisations ont subi plusieurs modifications depuis les années 90, selon les objectifs de la politique économique du pays, la dernière modification a eu lieu en 2010.

Le taux de cotisation est ventilé entre assurance sociale, accident de travail, retraite anticipée, chômage et fonds de logements sociaux. Ce taux est réparti entre les différentes branches en fonction de l'importance des charges qu'elles supportent :

Tableau 01: La ventilation des taux de cotisation au 01 Janvier 2010

 Branche	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	A la charge du fonds des œuvres sociales	Total
Assurances sociales : maladie, maternité, invalidité et décès	12,5%	1,5%	-	14%
Accidents du travail et maladies professionnelles	1%	-	-	1%
Retraite	9,5%	6,5%	0,5%	16,50%
Retraite anticipée	0,5%	0,5%	-	1%
Assurance chômage	1,5%	1,5%	-	3%
Fonds du logement social	-	-	0,5%	0,5%

Source : Financement de l'assurance maladie en Algérie. In: <http://www.coopami.org>

III. LA SECURITE SOCIALE ET LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE

Les différentes sources de financement des dépenses de santé peuvent être regroupées en trois grandes catégories : l'Etat, les caisses de sécurité sociales et les ménages (avec une participation secondaire des assurances privées et des mutuelles pour les ménages qui peuvent souscrire à ces structures privées de couverture sociale).

La participation des différentes sources de financement du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé.

Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%, cette faible part s'explique par la place occupée par l'Etat qui, en raison des excédents financiers de l'époque, couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays (fin 80 et début 90), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1999, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,9 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006.

De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître. La part de l'Etat devient de plus en plus importante suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des

ressources plus larges et qui permet à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

Tableau 2: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé

Années	Etat	Sécurité sociale	Ménage
1974	76,51	23,49	0,00
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,60	61,40	2,00
1987	34,21	64,20	1,59
1988	27,50	51,20	21,3
1992	30,50	38,87	29,3
1994	34,50	37,10	27,00
1996	38,45	35,64	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
1998	34,09	39,70	26,20
1999	42,56	29,33	28,10
2000	47,27	26,02	26,70
2001	51,62	25,77	22,60
2002	48,42	26,88	24,70
2003	50,38	27,01	22,60
2004	48,43	24,01	27,50
2005	51,16	23,63	25,20
2006	53,8	27,4	18,8
2007	50,7	30,9	18,4
2008	55,1	31	13,9
2009	55,2	31	13,8

Source : Kaid Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p.116

-OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006.In www.who.int

-OMS : Rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010. In www.who.int

1. La structure des dépenses de sécurité sociale en Algérie

Si on laisse de côté les prestations en espèces qui correspondent à des revenus de substitution pour les salariés en cas de maladie et ne renvoient donc pas directement au fonctionnement du système de santé. On se rend compte que les prestations "en nature" de la Sécurité Sociale se composent en fait de trois masses financières distinctes dont les taux de croissance ont été différents parce qu'ils renvoient à des segments de soins différents et donc à des logiques de fonctionnement divergentes voire opposées et dont l'évolution a été très contrastée.

Nous examinons, par conséquent, les principales dépenses de santé qui pèsent lourdement sur le budget des caisses de sécurité sociale : il s'agit du forfait hôpital, les transferts pour soins à l'étranger et les remboursements des médicaments.

1.1. Le forfait hospitalier

Il constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des secteurs sanitaires ou segment public de soins. Ce forfait a été mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins., son montant est déterminé à partir de 1980 par la loi de finances, conformément à la réglementation en vigueur, le forfait hospitalier versé par les caisses de sécurité sociale était destiné à couvrir tous les frais encourus à l'hôpital (visites médicales).

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire est appelée « forfait hospitalier ». Cette obligation est supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

Depuis son institution en 1973, le forfait hospitalier a augmenté d'une manière soutenue. En effet nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de 120 millions de DA en 1973 à 38000 millions de DA en 2011, ce montant a été multiplié par 316,66 en l'espace de 38 ans. Cette augmentation du forfait hospitalier est due d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat qui ne concourt qu'à 24 % de ses dépenses en 1989 et de l'autre part au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

A partir de 1992, les lois de finances successives disposent que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements de santé doit être mise en œuvre sur la base des relations contractuelles.

Ainsi, la mise en place de la contractualisation au sein des établissements de santé publique a contribué à la diminution de la charge de financement par la CNAS, cela s'est traduit par la diminution de taux d'évolution des sources allouées par cette dernière aux structures publiques enregistrant une certaine stabilité durant les années 2000.

Tableau 3: La contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2011.

Années	Montant en millions de DA	Taux d'évolution année de base 1973.	Evolution par année
1973	120,00	100	-
1974	199,00	165,83	65,83
1975	225,00	187,50	13,07
1976	245,00	204,17	8,89
1977	300,00	250,00	22,45
1978	475	395,83	58,33
1979	714,5	595,42	50,42
1980	1126	938,33	57,59
1981	1410	1175,00	25,22
1982	1800	1500,00	27,66
1983	2102	1751,67	16,78
1984	2055,8	1713,67	-2,20
1985	4000	3333,33	94,57
1986	5000	4166,67	25,00
1987	6500	5416,67	30,00
1988	7545	6287,50	16,08
1989	8600	7166,67	13,98
1990	8600	7166,67	0,00
1991	9500	7916,67	10,47
1992	9500	7916,67	0,00
1993	9983	8319,17	5,08
1994	10 050	8375,00	0,67
1995	13 551	11 292,50	34,84
1996	16 576	13 813,33	22,32
1997	17 972	14 976,67	8,42
1998	19 652	16 376,67	9,35
1999	19 872	16 560,00	1,12
2000	20 540,50	17 117,08	3,36
2001	21 500	17 916,67	4,67
2002	24 000	20 000,00	11,63
2003	25 000	20 833,33	4,17
2004	27 021,27	22 517,73	8,09
2005	35 000	29 166,67	29,53
2006	35 000	29 166,67	0,00
2007	35 000	29 166,67	0,00
2008	38 000	31 666,67	8,57
2009	38 000	31 666,67	0,00
2010	38 000	31 666,67	0,00
2011	38 000	31 666,67	0,00

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

Rapport CNES : L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier, 18^{ème} session plénière, juin 2001. p 75.

Données du Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière(MSPRH).

1.2. Les transferts de soins à l'étranger

Les transferts de soins à l'étranger (prise en charge pour soins à l'étranger) : elles représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Ces transferts ont consisté à pallier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, yeux, certaines brûlures compliquées...).

Tableau 4 : Evolution des transferts de soins à l'étranger

Années	Nombre de malades	Dépenses engagées en milliards de DA.
1985	6 300	0,76
1987	6 693	-
1988	6 087	0,94
1989	2 666	0,62
1990	2 100	0,74
1991	2 490	1,24
1992	3 456	1,82
1993	4 602	5,48
1994	4 539	10,14
1995	2 411	7,05
1996	762	2,47
1997	811	2,06
1998	834	1,45
1999	1 026	0,79
2000	1 216	1,9
2001	1 183	1,4
2002	1 512	3,2
2004	1 188	2,6
2005	1 282	-
2006	1 002	-
2007	1 019	3,1
2008	1008	2,3
2009	1 003	1,5
2010	600	-
2011	600	-

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

1997-2007 : Kassa F. : Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie, mémoire de magistère en Sciences Economiques, option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Béjaia, 2009. p105.

Données du Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière(MSPRH).

Le tableau 4 montre que les transferts à l'étranger ont subi une diminution, passant de 6300 malades en 1985 à 2100 malades en 1990, soit une baisse de 66,66 %. Cette diminution s'explique par la crise économique qu'a connue le

pays durant les années 80 et la diminution des recettes d'exportation des hydrocarbures durant cette période, puis il a été multiplié par deux passant de 2100 en 1985 à 4539 en 1994. De 1995 à 2011, le nombre de malades transférés à l'étranger a connu une baisse considérable, passant de 2411 en 1995 à 600 en 2011.

Malgré la réduction du nombre de malades transférés à l'étranger (il était de 6300 envois en 1985 pour une dépense de 0,76 milliards de DA et passe à 1003 envoi à 2009 avec une dépense de 1,5 milliards de DA) néanmoins les dépenses liées à ce poste ne cessent d'augmenter, elles ont été multipliées par 2 en espace de 14 ans passant de 0,76 milliards de DA à 1,5 milliards de DA).

Cette augmentation s'explique par le fait que les soins prodigués à l'étranger sont caractérisés par des maladies lourdes nécessitant des coûts élevés. En effet, la chirurgie cardiaque et vasculaire, l'oncologie, la neurochirurgie, l'uronephrologie et l'orthopédie, soit six spécialités, totalisent 89,5 % des cas transférés, toutes pathologies confondues. En outre, ces six spécialités représentent 80 % des journées d'hospitalisation en France.

Devant cette situation, et pour contenir l'augmentation des dépenses liées au transfert à l'étranger, le gouvernement a décidé de réduire le nombre des transferts et cela par la promulgation d'un arrêté en 1995, il s'agit des conventionnements entre les organismes de protection sociale et les structures de santé pour la substitution des opérations de transferts à l'étranger, et ce, pour prendre en charge les pathologies qui faisaient l'objet de transfert pour soins à l'étranger

1.3. Les remboursements

Les remboursements constituent la contribution au financement des dépenses pour soins des ménages assurés sociaux à l'occasion de leur fréquentation du secteur privé des soins (soins ambulatoires).

Tableau 5 : Evolution des remboursements du médicament en Algérie

Années	Remboursement de médicaments en milliard de DA	Taux d'évolution en %.
1988	0,500	
1989	0,740	48
1990	0,940	27,03
1991	1,350	43,62
1992	3,500	159,26
1993	5,500	57,14
1994	6,500	18,18
1995	10,570	62,62
1996	14,880	40,78
1997	16,920	13,71
1998	16,440	-2,84
1999	15,850	-3,59
2000	19,700	24,29
2001	24,12	21,82
2002	27,30	11,94
2003	35,31	30,7
2004	44,13	24,97
2005	50,50	14,34
2006	54,04	7
2007	64,50	19,35
2008	70,80	8,52
2010	94,83	33,94
2011	110	16

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de la Direction générale de la sécurité sociale

Les dépenses de remboursement des médicaments ne cessent pas d'augmenter depuis 1988, suivant un rythme accéléré. Ces dépenses ont connu une évolution continue, elles passent de 0,5 milliards de DA en 1988 à 3,500 milliards de DA en 1992 pour atteindre 110 milliards de DA en 2011. Soit une multiplication par 220. Cette augmentation est due principalement à la libéralisation des prix produite en 1994, à l'accroissement du nombre d'assurés sociaux ainsi qu'à la triple transition : économique, épidémiologique et démographique qu'a connue l'Algérie.

2. Les ressources de la sécurité sociale

La principale ressource de la sécurité sociale provient des cotisations. Les cotisations sont prélevées sur le salaire soumis à cotisation des assurés, ce salaire est constitué du salaire de base et des différentes primes soumises à cotisation.

La législation Algérienne régissant la sécurité sociale, définit les différents éléments du revenu exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, en application de l'article 01 de l'ordonnance n° 95-01, du 21/01/1995.

D'après l'article 02, les éléments du revenu exclus, sont :

-Les prestations à caractère familial, dont :

- Les prestations familiales et les primes de scolarité versées au titre de la législation de sécurité sociale,
- L'indemnité pour salaire unique,
- Les primes de naissance, de mariage et toutes les autres primes versées à l'occasion d'un événement familial,

-Indemnités représentatives de frais, à savoir les primes et indemnités de panier, de véhicule, certains frais d'outillage ou vestimentaires lorsqu'ils sont exigés pour l'accomplissement du travail, les frais de déplacement, de transport, les frais de mission, ainsi que les prestations en nature.

- Primes et indemnités à caractère exceptionnel, à savoir :

- Les sommes réparant un préjudice, telle que l'indemnité de licenciement,
- Les primes, indemnités ou gratification à caractère exceptionnel, telle l'indemnité de départ à la retraite,

-Les indemnités liées à des conditions particulières de résidence et d'isolement, notamment les primes versées à des travailleurs soumis au moins, à deux des contraintes suivantes :

- Logement en cabine mobile, tente, campement itinérant ou base de vie,
- Système de travail par relève nécessitant un cycle continue de plusieurs semaines de travail effectif, suivies d'une période de repos pendant laquelle l'indemnité n'est pas servie aux travailleurs,
- Lieu de travail éloigné de tout centre urbain et difficile d'accès.

Les cotisations sont obligatoires, à la charge des employeurs et des salariés, cependant et selon l'article 73 de la loi 83-11, sont exonérés du paiement des cotisations :

- Les moudjahiddines et les titulaires de pensions,
- Les personnes handicapées physiques ou mentales,
- Les étudiants,
- Les personnes recevant un salaire inférieur ou égal au salaire national minimum garanti,
- Les bénéficiaires du soutien de l'Etat aux catégories défavorisées et démunies.

Toute personne salariée ne faisant pas partie des catégories citées ci-dessus, est soumise aux cotisations de la CNAS.

3. La maîtrise des dépenses et le maintien de l'équilibre financier de la sécurité sociale en Algérie

Dans le domaine de la sécurité sociale, des mesures de rationalisation des dépenses ont été entreprises afin de mieux suivre l'affectation des ressources de sécurité sociale et d'amener les gestionnaire à une utilisation optimale de ces ressources financières. Ainsi, nous distinguons les mesures suivantes :

3.1. L'encouragement de la consommation du médicament générique

L'Algérie à l'instar des autres pays a décidé d'encourager le médicament générique afin de réduire les dépenses en matière de médicaments. L'encouragement de la consommation des médicaments génériques s'est matérialisé par l'application du tarif de référence et le droit de substitution.

3.1.1. Le tarif de référence

Le tarif de référence est un système de responsabilisation des consommateurs de médicaments, un moyen de promouvoir le médicament générique et un outil de maîtrise des dépenses de santé. Le principe du tarif de référence est le suivant : quelque soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré.

En Algérie, le tarif de références a été mis en place en juillet 2001, mais il n'a été mis en application qu'en avril 2006. Il fait suite à l'arrêté ministériel du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Ainsi, la nouvelle politique du remboursement du médicament prévoit l'élargissement du nombre de médicaments soumis aux tarifs de référence, passant de 116 DCI (1000 marques) en 2006 à 295 DCI (2156 marques) en 2008. Cela en plus de l'actualisation de liste des médicaments remboursables, passant de 1134 DCI à 1199 DCI.

L'objectif principal de la mise en œuvre du tarif de référence est la réduction des dépenses de la sécurité sociale en matière de médicament et la promotion des médicaments génériques.

3.1.2. Le droit de substitution

On entend par droit de substitution la responsabilité laissée au pharmacien de choisir le médicament délivré si la prescription est rédigée sous la forme d'une liste de principes actifs au lieu de noms de médicament, ou de modifier la

délivrance prescrite par le médecin, si un nom de médicament particulier est indiqué.

Le champ de substitution pourrait être plus ou moins large (s'exercer uniquement sur un même principe actif ou à l'intérieur d'une même classe thérapeutique). Il serait susceptible de s'exercer avec un contrôle plus ou moins important du médecin (accord téléphonique obligatoire; accord de principe sur l'ordonnance; possibilité de refuser explicitement la substitution ; pas de possibilité de s'y opposer). En dehors des aspects économiques, le droit de substitution du pharmacien trouve sa justification dans le fait que le pharmacien est censé mieux connaître l'éventail des médicaments.

En Algérie, ce droit est mis en place à partir de 2006, suite à l'article 146 de décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de la médecine. En fait, le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre essentiellement similaire et sous réserve des dispositions de l'article 144, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage.

3.2. L'application de la carte à puce Chifa

La carte « Chifa » a été mise en œuvre, en 2006, pour faire face à l'augmentation de la facture des remboursements des médicaments par la sécurité sociale .L'objectif étant alors, de maîtriser les dépenses de santé, de simplifier et d'apporter plus de souplesses dans les procédures de remboursement des prestations et des médicaments délivrés., une plus grande maîtrise des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale, la simplification et l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système du tiers payant, la réalisation d'économie de gestion et l'amélioration de la productivité pour faire face avec plus de célérité à la demande et la lutte efficace contre les abus et les fraudes.

Elle est considérée comme l'une des innovations, en matière de maîtrise médicalisée en Algérie. Elle présente l'avantage de mettre un terme aux abus et aux fraudes, et d'une grande maîtrise des dépenses de prestations médicales. C'est un outil de régulation plus efficace qui prend une nouvelle forme de contrôle médical.

Dans un premier temps, l'opération était lancée dans cinq wilayas pilotes (agences pilotes) (Annaba, Oum El-Bouaghi, Tlemcen, Médéa et Boumerdès) avant d'être élargi à cinq autres wilayas en janvier 2007. Il s'agit d'Oran, Constantine, Blida, Souk-Ahras et Mila .Elle sera effective et généralisée dans tout le territoire national à horizon 2012.

Selon le ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, pas moins de 4 millions¹ de cartes magnétiques ont été remises aux assurés sociaux en 2010, et que cette opération sera généralisée en 2012 à tous les assurés et ayant droits. Selon la même source, au niveau national, il existe 8600 officines conventionnées qui acceptent ces cartes. Et plus de 17 millions de factures électroniques ont été mises par les pharmaciens et traitées grâce au système Chifa.

3.3. Le renforcement du contrôle médical

Pour pouvoir maîtriser ses dépenses, la sécurité sociale doit compter essentiellement sur l'amélioration du contrôle médical qui se manifeste dans le renforcement des services de contrôle médical. Les actions entreprises dans ce domaine pour améliorer la maîtrise des dépenses concernent :

- le renforcement des services du contrôle médical par l'ouverture de nouvelles structures
- l'intensification du contrôle à priori qui s'effectue quotidiennement au niveau de toutes les structures.
- le contrôle à domicile des personnes âgées et des assurés atteints d'une affection handicapante.
- la formation et la mise à niveau des praticiens conseils par le biais de stages et la participation aux manifestations médicales (congrès – journées médicales).

3.4. La lutte contre le travail informel

La lutte contre le travail informel s'exerce essentiellement par le biais des opérations de contrôle effectuées auprès des employeurs qui sont les principaux ordonnateurs des recettes de la CNAS.

Ainsi, il est indispensable pour la CNAS de contrôler les employeurs d'une manière efficace afin de déceler les erreurs, les négligences et les omissions résultants de la mauvaise volonté.

3.5. Le déremboursement de médicament

Le déremboursement est une mesure qui consiste à freiner l'hémorragie des caisses de la sécurité sociale, causée par la prise en charge, souvent couteuse des médicaments. Le principe de cette mesure est l'exclusion de certains médicaments de la nomenclature de remboursement, c'est-à-dire qu'ils sont devenus non éligibles au remboursement et leur paiement est devenu obligatoire même pour les assurés pris en charge.

¹ Document du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale.

En Algérie, jusqu'à 1995, tous les médicaments prescrits étaient remboursés automatiquement. Mais depuis, les responsables concernés ont tenté de revoir la liste de la nomenclature en introduisant la notion de non remboursement par la sécurité sociale. Cette mesure est fondée sur un principe logique, à savoir le retrait de la liste (des remboursables), des produits qui ne présentent pas un service médical et thérapeutique prouvé.

D'après les listes, nous remarquons :

- Entre 1995 et 2000, les médicaments retirés de la liste des remboursables sont ceux représentant des vitamines et des sels minéraux,
- Entre 2000 et 2005, cette liste est élargie aux médicaments antiallergiques, de tube digestif, médicaments de l'appareil respiratoire, psychotropes et médicaments de dermatologie.
- Depuis 2005 à ce jour, la liste touche les médicaments traitant les maladies chroniques à savoir : l'Hypertension artérielle et l'Epilepsie.
- Un certain nombre de médicaments qui n'étaient pas remboursés dans leurs pays d'origine, le sont en Algérie.

Conclusion

Le financement de la santé demeure une préoccupation primordiale en Algérie, du fait de l'insuffisance des ressources et l'accroissement continu des besoins, surtout que la morbidité a sensiblement changé depuis l'indépendance.

Le système de sécurité sociale en Algérie occupe une place importante dans l'économie nationale. L'assurance maladie est la branche la plus importante de ce système du fait des ressources qu'elle mobilise, du nombre de prestations qu'elle dispense et du nombre de personnes couvertes.

La préoccupation majeure du système de sécurité sociale dans sa globalité s'articule autour d'une persistance des déficits financiers apparus à partir du début des années 90 qui ont tendance à devenir structurels mettant en scène le risque de remise en cause de l'existence même du système dans un contexte de fortes contraintes financières et de blocage de la croissance économique.

Les déficits cumulés qui s'accroissent, confirment l'inadaptation structurelle du système et toutes les mesures prises jusqu'à présent pour y faire face ont en pour résultat l'accroissement de la détérioration du niveau et de la qualité des prestations.

La difficile relance économique, la persistance de niveaux élevés du chômage, le développement d'activités informelles qui échappent aux cotisations, la poursuite des restructurations des entreprises publiques se soldant par des compressions d'effectifs salariés et l'explosion des coûts de la santé sont autant d'éléments agissant négativement de façon forte sur les équilibres financiers de l'assurance maladie.

En fin, le financement du système de santé algérien est assuré en majorité par l'Etat, qui veille à l'équité sociale, et à la promotion des soins préventifs et des soins curatifs, afin d'améliorer l'état de santé de la population algérienne.

Des réformes sont envisagées mais elles restent au stade de la pose de la problématique et le consensus social de tous les partenaires intéressés n'est pas encore totalement réalisé.

Références bibliographiques

- Hannouz M. et Khadir M. : Eléments de droits pharmaceutique : à l'usage des professionnels de la pharmacie et du droit, éd. OPU, Alger, 2000.
- Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique, édition : OPU, Alger, 2004.
- Kaid Tlilane N. ; Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants. Thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, Université d'Alger, 2003.
- Acheuk-Youcef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence : Aspects opérationnels, Octobre 2008. In : <http://www.snapo.org/>
- Benbahmed L. : Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, Marrakech, Mars 2009. In : http://pharmacies.ma/pharmacie/oe_benbahmed.pdf
- Bougrine P. : L'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes des soins de santé : L'expérience de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005, in : <http://www.issa.int>.
- Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie, Alger, septembre 2001
- Oufriha F.Z. : Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie, édition OPU, Alger, 1992.
- Oufriha F.Z. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, 2002.
- Documents du Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.
- Documents du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière