

UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI DE TIZI-OUZOU

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION

DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES

Mémoire

*De fin de cycle en vue de l'obtention du Diplôme
de Master en Sciences Economiques
Option : Economie de la Santé*

THEME :

*Le contrôle médical au sein de la sécurité
sociale :*
Cas de la CASNOS

Présenté par :

OSMANI Dalila

AMARI Houria.

Dirigé par : Mr SALMI Madjid

Devant le jury composé de :

Président : Mr ABIDI Mohammed M.C.B à L'UMMTO

Rapporteur : Mr SALMI Madjid M.C.A à L'UMMTO

Examinatrice: Mme LOUGGAR Rosa M.A.A à L'UMMTO

Promotion : 2017-2018



Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu aboutir à des résultats satisfaisants sans l'aide et les encouragements de plusieurs personnes que nous remercions.

Nous remercions tout d'abord le bon Dieu pour nous avoir données le courage et la santé pour accomplir ce travail.

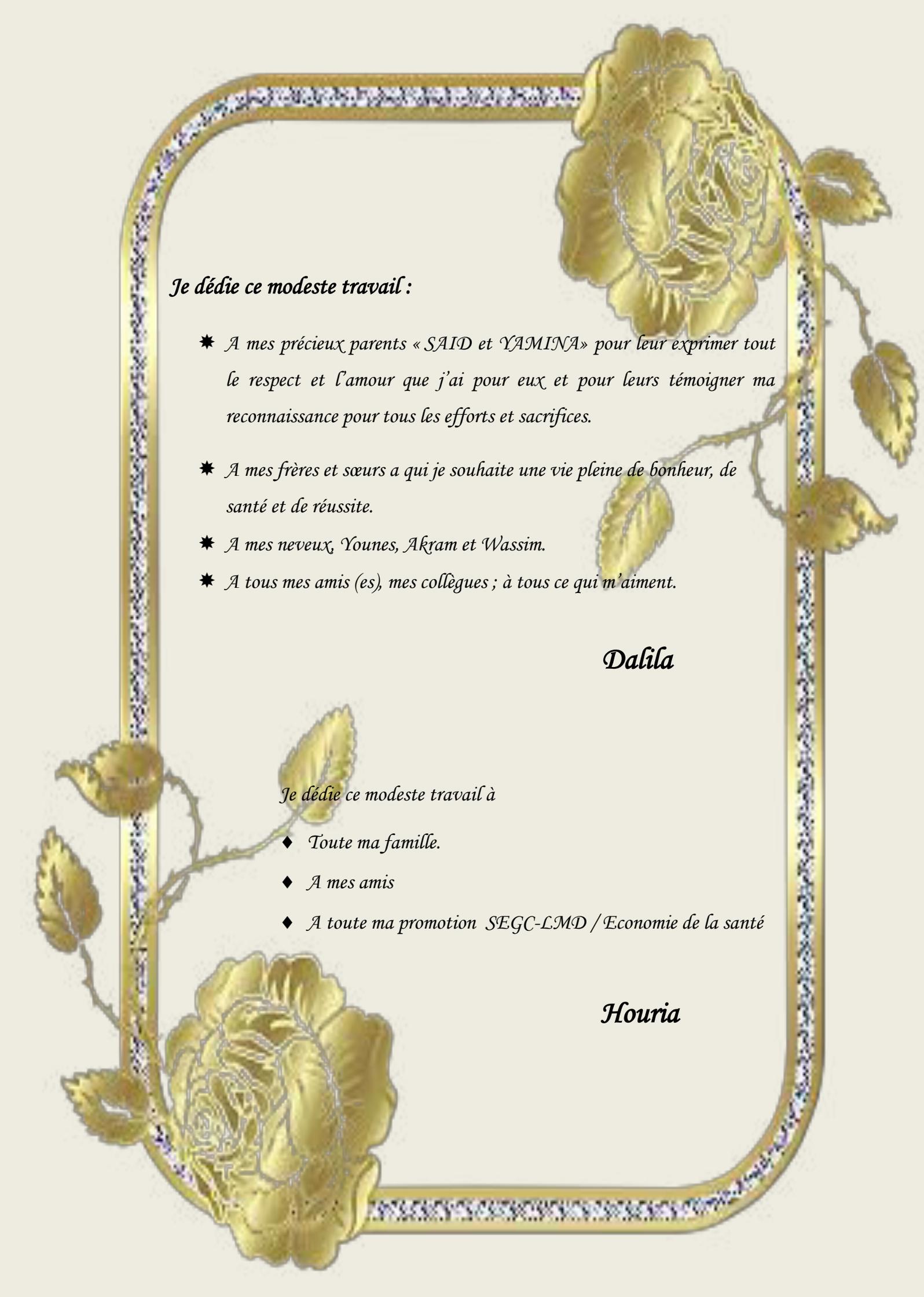
Nous tenions à remercier très sincèrement notre promoteur et responsable de la spécialité « Economie De la Santé » M^r SALMI Madjid, qui a su croire en nous et dont le soutien, le suivi, la disponibilité et ses commentaires constructifs m'ont été plus que précieux.

Nos remerciements s'adressent également à tout le personnel de CASNOS de Tizi-Ouzou, plus particulièrement au Dr LOUNISA, pour leur compréhension et leur aide remarquable qui nous a permis d'accéder à la documentation nécessaire pour notre travail.

❖ *Nos remerciements vont à toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

❖ *Et aussi aux membres de jury pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'examiner et d'évaluer notre travail*





Je dédie ce modeste travail :

- ★ *A mes précieux parents « SAID et YAMINA » pour leur exprimer tout le respect et l'amour que j'ai pour eux et pour leurs témoigner ma reconnaissance pour tous les efforts et sacrifices.*
- ★ *A mes frères et sœurs à qui je souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de réussite.*
- ★ *A mes neveux, Younes, Akram et Wassim.*
- ★ *A tous mes amis (es), mes collègues ; à tous ce qui m'aiment.*

Dalila

Je dédie ce modeste travail à

- ◆ *Toute ma famille.*
- ◆ *A mes amis*
- ◆ *A toute ma promotion SEGC-LMD / Economie de la santé*

Houria

Liste des abréviations

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

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salariés

CASORAL : Caisse Régionale de Sécurité Sociale pour la région d'Alger (Centre)

CASORAN : Caisse Régionale de Sécurité Sociale pour la région d'Oran (Ouest)

CASOREC: Caisse Régionale de Sécurité Sociale pour la région de Constantine (Est)

CACOBATPH : caisse national des congés payés et du chômage intempéries des secteurs de bâtiments

CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociale des Travailleurs Salariés

CNR : Caisse Nationale des Retraites

CNAC : Caisse Nationale des Assurances du Chômage

CNRSS : Caisse Nationale de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale

SNMG : Salaire National Minimum Garanti

OIT : l'Organisation Internationale du Travail

TIC : Technologie de l'information et de communication

TR : Tarif de Référence

DCI : Dénomination Commune Internationale

TFR : Tarif Forfaitaire de responsabilité

BRSS: Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

CA : Conseil Administratif

DA : Dinar Algérien

CNES : Conseil National Economique et Social

TFR : Tarif Forfaitaire de responsabilité

CLRPQ : Commission Locale de Recours Préalable Qualifiés

Liste des abréviations

CNRPQ : Commission National de Recours Préalable Qualifiés

CIWQ : Commission d'Invalidité de Wilaya Qualifiée

NGAP : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

IPP : Incapacité Permanente Partielle

UNOP : Union Nationale des Opérateurs de Pharmacie

RAA : Rhumatisme Articulaires Aigus

CAVICA : Caisse d'Assurance Vieillesse de Commerçants et Industrielle d'Alger

Sommaire

Introduction Générale.....	1
Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale.....	6
Introduction	6
Section1 : Notion générale sur la sécurité sociale en Algérie	7
Section 2 : Présentation de la caisse des assurances sociales des non salariés (CASNOS)	13
Section3 : Généralités sur le contrôle médical	29
Conclusion.....	34
Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS	35
Introduction	35
Section1 : Le contrôle médical et la question du remboursement de médicament	36
Section2 : Le fonctionnement du contrôle médical avec le médecin traitant – pharmacie dans l’organisme.....	49
Section3 : Le déroulement du contrôle médical dans l’organisme de sécurité sociale	57
Conclusion.....	63
Chapitre III : les limites du contrôle médical à l’organisme de la sécurité sociale (CASNOS).....	64
Introduction	64
Section1 : Le règlement interne de contentieux médicale en matière de sécurité sociale.....	65
Section2 : le contrôle médical à la commission d’invalidité de la willaya	70
Conclusion.....	79
Conclusion générale	80

Introduction Générale

Les politiques modernes de protection sociale viennent apporter, aux anciennes protections, des efforts de protection plus généralisés et plus cohérents qui traduisent une solidarité touchant toute la collectivité et qui s'appuient sur une nouvelle notion dite « sécurité sociale ». Le système de la sécurité sociale algérien est hérité du système français. Il date de la période coloniale. Il est instauré en 1949 qui a touché exclusivement les secteurs d'intérêts économiques coloniaux.

A l'indépendance de l'Algérie, de nouvelles catégories de bénéficiaires de la sécurité sociale sont réparties selon trois caisses interprofessionnelles régionales et une caisse nationale de sécurité sociale, afin d'améliorer les avantages servis et l'organisation de la sécurité sociale. Mais, comme les bénéficiaires de la sécurité sociale subsistaient à des régimes spéciaux (fonctionnaires, chemin de fer, mine, agriculture), ce qui engendrait une exclusion d'accès à la sécurité sociale. Pour cela le système d'assurance maladie algérien s'est progressivement unifié depuis 1962 à travers des textes et des décrets. Avant 1983, les caisses nationales de sécurité sociale ont été unifiées d'abord autour de deux caisses, à savoir : la caisse nationale des assurances sociales et des accidents du travail (CNASAT) et la caisse nationale des retraités(CNR).¹ Il a fallu attendre 1992 (décret n° 92-07du04 janvier 1992) pour qu'une nouvelle organisation apparaisse en donnant naissance à trois(3) caisses : la caisse nationale des assurances chômage (CNAC), la caisse nationale de retraite(CNR) et la caisse des assurances sociales des non salariés(CASNOS). Ces caisses sont gérées par des conseils d'administration et placées sous la tutelle de l'Etat.

La sécurité sociale en Algérie représente un système de protection sociale globale destiné à garantir et couvrir la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux (la maladie, accident du travail, maternité, vieillesse,..) à travers quatre caisses : CNAS, CASNOS, CNR, CNAC, CACOBATPH. Et depuis de sa mise en place elle est confronté à des problèmes résultant des changements socio-économiques, nécessitant des réformes afin de s'adapter aux nouvelles conditions qui s'imposent. Ainsi, la sécurité sociale a adopté, récemment, un ensemble de réformes innovantes, au niveau de prestation de services, de gestion interne et d'utilisation des nouvelles technologies d'information et de la communication.

Ainsi, les principaux axes du programme de la réforme adopté par la sécurité sociale sont :

¹ -LAMRI. L : « le système de sécurité sociale en Algérie ».éd : office des publications universitaires, Alger, 2004, p19.

Introduction Générale

- L'amélioration continue de la qualité des prestations ;
- La modernisation des infrastructures et la généralisation de l'outil informatique ;
- La préservation des équilibres financiers des organismes de la sécurité sociale ;
- L'amélioration des procédures de contrôle médical.

La prise en charge des soins par les organismes de sécurité sociale tient un rôle important dans la flambée des dépenses de santé. Le développement de la couverture sociale et le système de tiers payant sont en réalité l'une des causes principales de l'expansion de ces dépenses.

L'expansion des dépenses s'explique aussi par les progrès de la médecine. Les innovations technologiques multiplient les possibilités de diagnostics et de traitements, et avec l'utilisation du service de contrôle médical tout en améliorant les résultats du système de soins. Les dépenses de médicaments occupent une place importante dans les dépenses d'assurance maladie en Algérie, et dans ce sens, un certain nombre de mesures de maîtrise, décrites ci-après, ont été prises à savoir la mise en place d'une politique de remboursement sur la base d'un tarif de référence. Cette nouvelle politique, initiée en Algérie depuis 2006, a pour objectif de responsabiliser davantage le consommateur et de l'inciter à l'utilisation du médicament générique. Il s'agit du tarif le moins cher, qui présente le meilleur rapport coût/avantage et sur la base duquel le médicament est remboursé.

L'assuré, qui est exposé au risque de maladie, maternité ou accidents du travail et maladies professionnelles, ou d'invalidité, a besoin d'un médecin traitant pour prouver les frais des soins médicaux ou de l'incapacité de travailler, ou les deux. L'assuré doit adresser le dossier médical ou présenter à l'organisme de sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale peuvent décider de soumettre les assurés à un examen médical, à charge, pour eux, de pourvoir aux frais du praticien, Ils peuvent également soumettre les assurés à un contrôle par un de leurs représentants¹ en conséquence le contrôle médical des assurés sociaux et ayants droit est exercé par le praticien conseil des caisses de sécurité sociale, habilité à demander l'examen médical du bénéficiaire et/ou tout document

¹ -L'art 64 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, J.O.R.A. N° 28, du 05- 07- 1983 modifié et complété

Introduction Générale

médical en rapport avec l'état de santé pour lequel il est demandé des prestations de la sécurité sociale.¹

Le contrôle médical et précisé par les lois dans ce sens par le Ministère de Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, visant à limiter la liste des médicaments pris en charge par la sécurité sociale, il s'agit de déremboursement de certains médicaments. A travers cette mesure, les pouvoirs publics ont tenté de réduire la liste des médicaments remboursables. En 1995, cette liste se limitait aux vitamines et aux sels minéraux, mais malheureusement, ces dernières années, elle a été élargie et touche des médicaments de base concernant des spécialités thérapeutiques diverses pour régler les dépenses de la sante

Le contrôle médical vise a vérifier et contrôle les procédures de remboursements des médicaments par l'ancienne reforme de remboursement par le livret de tiers payant et avec La mise en place de la carte CHIFA est l'une des principales réformes instaurées pour la maîtrise des dépenses a pour objectif de réduire le gaspillage en matière de consommation pharmaceutique, à travers la maîtrise des dépenses de prescription médicale Il s'agit d'une nouvelle forme de contrôle médical. Actuellement cette carte est généralisée sur le territoire national et fonctionnel dans toutes les wilayas avec une limitation de nombre d'ordonnances à prendre en charge par trimestre. Cet élément est défavorable pour les assurés algériens qui peuvent consulter plusieurs fois par trimestre notamment pour les personnes atteintes de plus qu'une maladie.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et a portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été contredit par expertise médicale le Contrôle médical de la sécurité sociale puisse également évaluer, examiner et contrôler les assures pendant les périodes d'incapacité de travail indemnisées par les employeurs.

L'assuré social dans le cadre de sa relation avec les organismes de sécurité sociale peut être né un conflit entre eux, ces conflits sont d'une nature particulière , pour cela le législateur Algérien soumis les contentieux de la sécurité sociale à des procédures spéciales pour leur règlement, ces procédures sont prévues par la loi 08-08², et les textes

¹ -L'art 05 du décret exécutif n° 05-171 du 28 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 7 mai 2005 fixant les conditions de fonctionnement du contrôle médical des assurés sociaux , J.O.R.A, n°33 de 8 mai 2005.

² -La loi n° 08-08 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, J.O.R.A. n° 11 02 /03/ 2008.

Introduction Générale

réglementaires, fixant le nombre des membres des commissions de recours préalable, ainsi que leur organisation et leur fonctionnement et les procédures de l'expertise médical.

Le contentieux médical, est caractérisé par la nature technique du règlement, il exige des spécialistes, et s'entend les litiges relatifs à l'état de santé des bénéficiaires de la sécurité, notamment la maladie, la capacité de travail, l'état de santé du malade, le diagnostic, le traitement ainsi que toutes autres prescriptions médicales ainsi que l'état d'incapacité permanente, totale ou partielle due à un accident de travail ou une maladie professionnelle donnant lieu à l'attribution d'une rente; l'admission en invalidité ainsi qu'à catégorie et la révision de l'état d'invalidité dans le cadre des assurances sociales, ce type sera réglé en procédant de commission d'invalidité de wilaya et tous les litiges liés aux frais des soins médicaux.

Problématique de recherche

Le contrôle médical consiste à donner des avis sur les prescriptions et actes médicaux relatifs à l'état de santé ou à la capacité de travail des bénéficiaires de la sécurité sociale, en tenant compte de leur justification médicale et des droits aux prestations en matière d'assurances sociales, Ainsi, la question centrale de notre travail est la suivante : **quelle l'importance revêt de contrôle médical au sein de la sécurité sociale ?**

De notre problématique de travail, nous soulevons les questions secondaires suivantes :

- Qu'est-ce que le contrôle médical de la sécurité sociale?
- Comment fonction-t-il ce contrôle de la sécurité sociale ?
- Quelle sont les limites du contrôle médical de la sécurité sociale ?

Hypothèse de recherche

Afin de tenter de répondre à notre problématique, il est nécessaire de baser notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

- le contrôle médical permettrait de réguler les dépenses liés au système de remboursement des médicaments par la sécurité sociale;
- le contrôle médical est un acteur principale dans la sécurité sociale qui dirigé par le règlement ;

Introduction Générale

Objectif de recherche

Notre objectif de recherche est de tenter d'analyser si le contrôle médical répond aux objectifs pour lesquels il a été mis en œuvre.

Déterminer quelles sont les missions incombant au contrôle médical de la sécurité sociale

Déterminer comment améliorer le fonctionnement du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale

Choix et Intérêt de recherche

Choix de sujet

- Le thème de notre recherche est lié directement à notre spécialité de master
- Le thème est très intéressant et très riche qui va nous permettre d'acquérir des connaissances, et d'expliquer le rôle du contrôle médical dans l'organisme de sécurité sociale CASNOS.

Intérêt de sujet

Dans notre travail de recherche on constate l'importance et l'intérêt de contrôle médical permet d'évaluer l'état de santé de l'assuré et de protéger la sécurité sociale en cas de constatation d'abus, de dépassements, de fraudes ou de fausses déclarations.

Méthodologie de recherche

Pour mener à bien notre travail, nous avons opté pour une démarche méthodologique basée sur une recherche documentaire à travers une consultation bibliographique contenant des ouvrages, des thèses, des mémoires, des articles et des communications. Ainsi, nous avons procédé à une collecte de données relatives à notre thème, à travers l'exploitation des sites internet. De plus, nous avons sollicité l'organisme de la sécurité sociale, (CASNOS) pour la collecte de documents relatifs à notre thème. Enfin, pour pouvoir répondre à notre problématique de travail, nous avons opté pour une enquête de terrain, par plusieurs entretiens avec les différents responsables de ces établissements ont été réalisés.

Structure de recherche

Notre travail de recherche est partagé en trois chapitres. Le premier chapitre sur les généralités du contrôle médical et la sécurité sociale. Le deuxième chapitre touche le contrôle médical au niveau de la CASNOS. Le troisième chapitre sur les limites du contrôle médical.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Introduction

La sécurité sociale est un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux. Et le système de la sécurité sociale en Algérie est divisé en (05) caisses comme suit : CASNOS, CNAS, CNR, CNRSS, Mutuelle sociale.

La caisse d'assurance de la sécurité sociale des non salariés (CASNOS) s'occupant de la catégorie des personnes ayant une fonction libérale, exercent une activité professionnelle non salariée, l'objectif principal de cette caisse est la prise en charge d'une couverture sociale de ses adhérents et les ayants droit qui sont le conjoint et les enfants, en sus des ascendants. Elle ouvre droit aux affiliés à une couverture afin de les prémunir des risques de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès....etc.

Les organismes de sécurité sociale peuvent décider de soumettre les assurés à un examen médical, à charge, pour eux, de pourvoir aux frais du praticien, Ils peuvent également soumettre les assurés à un contrôle par un de leurs représentants,¹ en conséquence le contrôle médical des assurés sociaux et ayants droit est exercé par le praticien conseil des caisses de sécurité sociale, habilité à demander l'examen médical du bénéficiaire et/ou tout document médical en rapport avec l'état de santé pour lequel il est demandé des prestations de la sécurité sociale.²

¹ -L'art 64 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, J.O.R.A. N° 28, du 05- 07- 1983, modifié et complété.

² -L'art 05 du décret exécutif n° 05-171 du 28 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 7 mai 2005 fixant les conditions de fonctionnement du contrôle médical des assurés sociaux , J.O.R.A, n°33 de 8 mai 2005-

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Section1 : Notion générale sur la sécurité sociale en Algérie

Cette section a pour objectif de retracer l'historique de la sécurité sociale et son institutionnalisation, d'une part, et les facteurs qui ont poussé l'émergence d'autres organismes de sécurité sociale d'autre part.

1-1) La présentation de la sécurité sociale en Algérie

Le système de sécurité sociale de l'Algérie est né du système Français. Il fut introduit en Algérie, pendant la période coloniale, en 1949 par la décision 49-045 du 11 avril 1949 de l'Assemblée Algérienne et entra en vigueur le 01 avril 1950.¹

En fonctionnant à l'identique du système français avant l'indépendance, le système Algérien tendait à se différencier progressivement vers la généralisation, la simplification de l'organisation et de la gestion, l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages après l'indépendance.

Ainsi, ce système a connu différentes étapes auxquelles correspondent des organisations différenciées selon les objectifs et les fondements de chaque période. Trois périodes distinctes ont marqué le système de sécurité sociale algérien et expriment des évolutions particulières :

1-1-1) La situation de la sécurité sociale avant l'indépendance (1945-1962)

Au lendemain de l'indépendance et à l'instar de tous les secteurs d'activité, la sécurité sociale avait subi des dégâts considérables. La sécurité sociale a pris forme dans sa dimension moderne en 1949. Une infime minorité des salariés algériens du régime colonial ont très peu bénéficié des premières retombées de ce qui a été considéré à l'époque comme un immense acquis des travailleurs et de leurs syndicats. La politique coloniale privilégiait des pratiques fortement discriminatoires, dont les algériens furent les principales victimes.

Toute organisation sanitaire de l'époque était destinée à un seul objectif : fournir une prestation de qualité aux militaires et aux colons d'une part, et assurer un niveau sanitaire,

¹ -OUFRIHA FZ : Revue du CREAD n° 19, 3ème trimestre 1989.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

juste utile à préserver la santé des travailleurs algériens dits « algériens de service»¹ pour l'élévation de leurs rendements et productivité économique d'autre part.

Il était attendu des améliorations pour les populations algériennes, malheureusement, il n'en fut rien. Ce n'est qu'en 1958, bien en retard et après une avancée spectaculaire de l'idée d'indépendance menée par tout un peuple en guerre contre la colonisation, que des réformes portant sur le développement de l'infrastructure sanitaire et la formation des personnels de santé furent entreprise.

A la veille de l'indépendance, l'assurance maladie existait au seul profit de la population européenne. La quasi-totalité de la population autochtone, soit 90% environ de la population, était paysanne et ne bénéficiait d'aucun système de protection en dehors de la maigre assistance médicale gratuite organisée en dispensaires.

À la fin de 1963 et pour le régime général² qui était le plus important, on dénombrait juste 287.000 assurés alors qu'ils étaient en 1960 plus de 708.000. Par ailleurs et sur le plan sanitaire, on dénombrait à la veille de l'indépendance 2.500 médecins, dont 10% étaient algériens. En 1962, il ne restait juste que 600 médecins dont la moitié étaient algériens pour une population totale de 10 million de personnes environ.

1-1-2) Evolution du système de 1962 a1983

Le système de sécurité sociale allait progressivement se différencier dans le cadre de l'Algérie indépendante.

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie héritait d'un système de sécurité sociale comportant 11 régimes³, 71 organismes de sécurité sociale et 11 organismes de retraite complémentaire. Les modalités de financement et les législations se rapportant sont

¹ -Employés des chemins de fer, des postes et télécommunications, des mines, des activités de mer...etc

² -Le régime général a été créé pour aider les familles et garantir l'ensemble de la population contre un certain nombre de risques socio sanitaires. L'ambition était de regrouper les éléments successifs de protection sociale déjà mis en place pour certaines catégories professionnelles en un système unique et universel garantissant à tous, la même protection. Le régime général repose sur trois principes fondamentaux qui sont : la généralisation de la sécurité sociale à toute la population (l'universalité des risques) ; l'unité des institutions ; et, l'expression de la démocratie sociale.

³ -Les 11 régimes de la sécurité sociale sont : le régime agricole, le régime des fonctionnaires, le régime des cheminots, le régime des personnels de service, le régime des mines, le régime des marins, le régime non salaires, le régime des étudiants, les militaires, les personnels non titulaire employés par l'Etat et les collectivités locales.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

différentes d'un régime à un autre. Cette diversité a rendu le système complexe dans son fonctionnement et sa gestion.

Le système algérien de sécurité sociale était sous plusieurs tutelles (ministère de la santé, ministère de l'agriculture et le ministère des finances) du fait de la pluralité des caisses, ce qui a rendu l'organisation de la sécurité sociale à cette époque, morcelé.¹

La volonté de réorganiser le système s'est manifestée dès le début de 1963 et a conduit à l'adoption d'une série de mesures qui préfigurent la refonte de 1983. Il s'agit du regroupement des anciennes caisses du régime général et leur fusion en trois grandes caisses régionales CASOREC, en janvier 1963, CASORAN et CASORAL en mai 1963.

Cette mesure était complétée par la réorganisation de la caisse de coordination, puis la création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (1964) qui va succéder à l'ancienne caisse de coordination. Cet organisme était chargé notamment de la compensation des charges de prestations, de mener un certain nombre d'actions pour le compte des caisses de la sécurité sociale et de promouvoir une action sociale sanitaire et familiale d'actions pour le compte de ces caisses. Un important texte est pris en 1970, à savoir le décret du 01/08/1970 dont les dispositions vont harmoniser le fonctionnement du régime général et surtout proclamer pour la première fois l'inviolabilité et l'insaisissabilité des ressources de la sécurité sociale.

C'est sur la base de ce texte, que les conseils de gestion des trois caisses ont été installés en juillet 1972. En janvier 1974, une ordonnance institue l'unicité de tutelle sur l'ensemble des régimes de sécurité sociale. En 1977, l'opération de décentralisation est lancée. Elle consistait à créer un organisme de sécurité sociale dans chaque wilaya. Outre le souci de rendre l'institution plus proche des assujettis, ces caisses ont pour autre vocation de préparer les conditions d'une unification de la sécurité sociale entrée déjà dans les faits pour ce qui est des régimes spéciaux² placés sous la tutelle du Ministère de la Santé. Ce projet de refonte de la sécurité sociale était basé sur :

¹ -LAMRI. L : « le système de sécurité sociale en Algérie ».éd : office des publications universitaires, Alger, 2004, pp. 19-23.

² -Les régimes spéciaux sont les régimes constitués avant 1945 au profit des salariés de certaines professions (mineurs, militaires de carrière, marins). Ils ont une autonomie complète. D'autres régimes, dits particuliers, ne sont que partiellement autonomes (étudiants, artistes, fonctionnaires).

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

- L'unification des structures ;
- L'uniformisation des avantages ;
- L'élargissement des bénéficiaires.

Ainsi, les lois de 1983 ont fait de la sécurité sociale un facteur de progrès sociaux et un instrument privilégié de la politique de la solidarité nationale.

A ce titre, la mise en place d'une sécurité sociale solidaire au bénéfice du plus grand nombre d'assurés sociaux s'est concrétisée par une série de textes de loi promulguée en juillet 1983, parachevant ainsi, un processus entamé dès le recouvrement de la souveraineté nationale. Il s'agit de :¹

- Loi no 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales
- Loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite
- Loi n°83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- Loi n° 83-14 du 2 juillet 1983 relative aux Obligations des assujettis en matière de Sécurité sociale.
- Loi n° 83-15 du 2 juillet 1983 relative au contentieux de la sécurité sociale.
- Loi no 83-16 du 2 juillet 1983 portant création du fonds national de péréquation des œuvres sociales.

1-1-3) Etat des lieux de la sécurité sociale durant la période 1983- 1999

Il a fallu attendre 1983 pour voir le régime algérien de sécurité sociale s'unifier. Durant cette période, le système de sécurité sociale était caractérisé par :

- L'unification des régimes basée sur les principes de la solidarité et de la répartition ;
- L'affiliation obligatoire de tous les travailleurs, salariés, non-salariés, assimilés à des salariés ;
- L'affiliation est également obligatoire pour d'autres catégories de personnes dites catégories particulières ;
- L'unification des règles relatives aux droits et aux obligations des bénéficiaires ;
- L'unicité du financement.

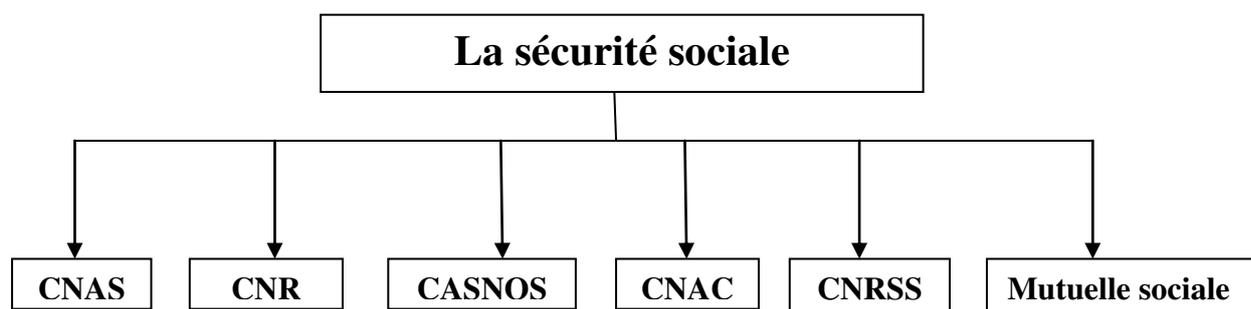
¹ -LAMRI. L : « le système de sécurité sociale en Algérie ». Op cit, pp.31-32

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Le système de sécurité sociale, depuis 1983 comprend toutes les branches de la sécurité sociale prévues par les conventions internationales, à savoir : l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la retraite (l'assurance vieillesse), l'assurance chômage et les prestations familiales.

- ❖ Le système de sécurité sociale compose de cinq (5) caisses

Figure 1 : les caisses de sécurité sociale



- Source : réalisé par nous soins -

1-2) La réforme du système de la sécurité sociale en Algérie à partir de l'année 2000

Le système de la sécurité sociale algérien est arrivé à un stade de non correspondance de ses principes à la réalité économique et sociale actuelle, d'où la nécessité d'entreprendre des réformes afin de s'adapter aux nouveaux contextes.

Pour ses raisons la sécurité sociale algérienne a lancé, à partir de l'année 2000, un programme de réforme, dont le bien-être de l'assuré est le principal objectif.

1-2-1) Les objectifs de la réforme envisagée du système de la sécurité sociale en Algérie

La sécurité sociale a lancé un ambitieux programme de réforme. Ce programme touche les principaux axes suivants :¹

- L'amélioration continue de la qualité des prestations ;
- La modernisation des infrastructures et la généralisation de l'outil informatique ;
- La préservation des équilibres financiers des organismes de la sécurité sociale.

¹ -Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : « Les réformes du secteur de la Sécurité Sociale », Alger, 2013.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

1-2-1-1) L'amélioration continue de la qualité des prestations

Dans l'objectif de moderniser et d'améliorer l'efficacité, l'utilité, l'efficience, l'accessibilité, et la sécurité de la qualité des prestations, il a été stipulé ce qui suit :

- Le développement des structures de proximité des organismes de sécurité sociale ;
- L'élargissement du système tiers payant du médicament ;
- Le conventionnement du médecin traitant ;
- Le développement des structures sanitaires et sociales de la sécurité sociale ;
- Le conventionnement des transporteurs sanitaires ;
- Le conventionnement des centres privés d'hémodialyse de proximité avec intégration au système tiers payant des médicaments essentiels.

1-2-1-2) La modernisation des infrastructures et la généralisation de l'outil informatique

La modernisation des infrastructures, la généralisation de l'outil informatique, la qualification des ressources humaines et surtout l'introduction de la carte électronique de l'assuré social «CHIFA » constituent les grands projets de la réforme et cela à travers :

- la modernisation des infrastructures sanitaire ;
- la généralisation de l'outil informatique et mise en place des réseaux ;
- l'introduction de la carte électronique de l'assuré social (carte CHIFA) ;
- la valorisation des ressources humaines, par la formation, le recyclage et le perfectionnement.

1-2-1-3) La préservation des équilibres financiers des organismes de la sécurité sociale

Afin de mieux maintenir l'équilibre financier des organismes de la sécurité sociale, des réformes ont été envisagées :

- la réforme des instruments de recouvrement des cotisations ;
- la réforme structurelle du financement de la sécurité sociale, qui touche la politique de remboursement du médicament visant la rationalisation des dépenses de l'assurance maladie à travers la promotion du médicament générique et de la production pharmaceutique locale.

Au terme de cette section, nous concluons que le système de la sécurité sociale constitue un facteur de cohésion entre les agents socio-économiques. Au vu de l'importance place du système de la sécurité sociale, et compte tenu des multiples mutations socio-économiques que vit l'Algérie, l'importance de ce système est capitale.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Section 2 : Présentation de la Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS)

Dans cette section on va présenter la caisse des assurances sociale des non salariés son historique, les mécanismes de recouvrement de la CASNOS, le fonctionnement et ces attribution et son financement et les différents branches d'assurance sociale.

2-1) La CASNOS

La CASNOS est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non-salariées (les commerçants, les artisans, les membres de professions libérales, les associés ou gérants, les artistes payés au cachet, les agriculteurs), pour les risques suivants : (les assurances relatives à la maladie et à la maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès l'assurance vieillesse).

2-2) Historique de CASNOS

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-salariés CASNOS créée par décret exécutif 92/07 du 04 Janvier 1992 est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non-salariées comme commerçants, artisans, industriels, agriculture, membres des professions libérales¹, etc.

A l'instar de l'ensemble du système de la sécurité sociale l'organisation de la branche non salariés a connu de nombreux changements :²

❖ Au plan des risques assurés, les non salariés ont été concernés par le risque vieillesse à partir de 1958, seul ce dernier a été assuré jusqu'au 1974. A partir de 1975 la couverture sociale a été étendue aux assurances sociales.

❖ Au plan de l'organisation, la branche non salariés a fait l'objet des organisations successives suivantes :

✓ De 1958 à 1963, le système a été géré par quatre caisses dont trois régionales : CAVICA à Alger, CAVICO à Oran, CAVIC à Constantine ainsi que la caisse des professions libérales par abréviation CRPL ;

¹ -CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CASNOS, 2007, p. 07.

² -CASNOS : Historique de la CASNOS, p.1. In : www.casnos.dz.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

✓ De 1963 à 1985 : la création du régime d'assurance vieillesse des non salariés du secteur non agricole CAVNOS ;

✓ Entre 1985 et 1992, la branche des non salariés est intégrée au système de sécurité créée par les lois de 1983, les attributions de la CAVNOS sont assurées par la CNASAT et la CNR ;

✓ En 1992 le décret 92/07 du 04/01/1992 crée une caisse autonome des non salariés dénommée CASNOS mais il a fallu attendre 1995 pour sa création et 1999 pour que l'ensemble des attributions de la CASNOS soient assurées par cette dernière.

2-3) Le mécanisme de recouvrement de la CASNOS est typique, il est caractérisé par¹

- Des cotisations annuelles avec un taux de cotisation réduit par rapport au taux des salariés.
- Des montants minimum et maximum indexés sur le salaire minimum garanti SNMG
- Une base de calcul de cotisation différente de celle des salariés (la base de calcul est l'impôt sur le revenu global).
- Une couverture sociale particulière : risques couverts réduits (prestations en nature et retraite), Des conditions d'ouverture du droit spécifique.

2-4) Fonctionnement administratif de la CASNOS

L'organisation administrative de la CASNOS est régie par le décret n°93-119 du 15 mai 1993 qui fixe les attributions de la CASNOS et celles du Conseil d'Administration.

2-4-1) Le Conseil Administratif

Le décret n°93-119 du 15 mai 1993, reconduit toutes les dispositions relatives au conseil d'Administration de la CASNOS contenues dans le décret 92-07 du 04 janvier 1992 à l'exception de celles ayant trait à la composition du conseil. Ainsi, les membres représentant cette nouvelle composition sont répartis comme suit :

➤ 6 représentants des professions commerciales, désignés par des organisations professionnelles les plus représentatives à l'échelle nationale ;

¹-CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CSANOS, 2007, p. 13.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

➤ 4 représentants des professions agricoles constituées en exploitation et entreprises agricoles privées désignés par les organisations professionnelles concernées les plus représentatives à l'échelle nationale ;

➤ 4 représentants des professions libérales à raison d'un membre pour chacune des catégories suivantes : santé, barreau, bureau d'étude technique et d'architecture, finance et comptabilité, désignés respectivement par leurs organisations professionnelles concernées les plus représentatives à l'échelle nationale.

➤ 2 représentants des professions artisanales désignés par leurs organisations professionnelles ;

➤ 1 représentant du personnel de la CASNOS désigné par le comité de participation.

1-4-2) Le Directeur Général

La nomination du Directeur Général de la CASNOS est soumise aux mêmes conditions de la nomination du directeur de la CNAS. Ses pouvoirs et attributions le sont aussi.

2-5) Attributions de la CASNOS

La CASNOS a pour principales attributions de :

- Gérer les prestations en nature et en espèce des assurances sociales des non salariés ;
- Gérer les pensions et les allocations de retraite ;
- Assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux ;
- Exercer le contrôle médicale ;
- Entreprendre des actions à caractère social et sanitaire
- Assurer l'immatriculation des assurés et leur information

2-6) Moyens d'intervention de la CASNOS

Pour concrétiser ses missions de couverture sociale, de recouvrement des cotisations et de financement des prestations, la CASNOS est structuré en une direction générale composée de 7 directions centrales et de 13 agences régionales. Chaque agence régionale regroupe une ou plusieurs antennes de wilaya, ces antennes au nombre de 53 en tant que structures décentralisées, assurent les activités de prestation sociales, de recouvrement et d'administration, elles sont représentées par des guichets spécialisés aux niveaux de certaines

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

dairas et communes où l'activité des non-salariés le nécessite, ces guichets spécialisés sont au nombre de 57 à fin 2006.¹

En plus de la Direction Générale, l'administration centrale de la CASNOS comporte 7 directions :

- La Direction des Opérations Financières,
- La Direction des Prestations,
- La Direction du Recouvrement et du Contentieux,
- La Direction de l'Administration et des Moyens,
- La Direction des Etudes, de l'Organisation et de l'Informatique,
- La Direction du Contrôle Médical,
- La Direction du Contrôle et de l'Audit.

Faut-il souligner que l'Agence Régionale est une structure décentralisée, coiffant une ou plusieurs antennes de wilaya selon l'importance de la région, exerce l'autorité sur ces antennes opérationnelles qui sont chargées des activités d'affiliation, de recouvrement des cotisations, du paiement des prestations et du contrôle médical.

2-7) Les missions de la CASNOS

Dans le cadre des lois et règlements en vigueur la caisse a pour mission

- De gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales des non salariés
- De gérer les pensions et allocation de retraite des non salariés
- De gérer jusqu'à extinction des droits des bénéficiaires les pensions et allocation servies au titre de la législation antérieure au 1^{er} janvier 1984 d'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues aux alinéas précédents
- De gérer le cas échéant les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accordées internationalement de sécurité sociale d'organiser de coordonner et d'exercer le contrôle médical d'entreprendre des actions sous forme de réalisation à caractère sanitaire sociale telles que prévues à l'article 92 de la loi n° 83/11 du 2 juillet 1983 susvisé après proposition du conseil d'administrations de la caisse d'entreprendre des actions de

¹ -CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CSANOS, 2007, p. 21.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

prévention d'éducation et d'information sanitaire après proposition du conseil d'administration

➤ De gérer le fonds d'aide et de secours prévu à l'article 90 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 susvisé.

➤ De conclure en coordination avec les caisses de sécurité sociale concernées, les conventions prévues à l'article 60 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 susvisé.

➤ De procéder à l'immatriculation des assurés sociaux bénéficiaires

➤ D'assurer en ce qui la concerne, l'information des bénéficiaires.

➤ De rembourser les dépenses occasionnées par le fonctionnement des diverses commissions ou juridictions appelées à trancher suite à des litiges nés des décisions rendues par la caisse

➤ De conclure des ententes avec les caisses de sécurité sociale en vue de fixer tel que prévu à l'article 11 du décret exécutif 92-07 du 4 janvier 1992 susvisé les conditions dans lesquelles pourront être mis en œuvre des services du contrôle et du contentieux du recouvrement

➤ De conclure des ententes avec les caisses de sécurité sociale en vue d'assurer le contrôle médical et le service des prestations.

La direction générale de la caisse est chargée :

❖ Les agences régionales

❖ Les antennes de wilayas.

2-8) Financement

Toute personne exerçant une activité non salariée doit s'affilier à l'agence locale de la CASNOS du lieu de son activité.

Les travailleurs non-salariés cotisent obligatoirement :

➤ aux assurances sociales qui couvrent la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès, à la retraite.

Les cotisations sociales en 2018 s'élèvent à 15 % réparties en parts égales (7,5 %) entre les assurances sociales et la retraite.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

2-9) Les différentes branches d'assurance sociale en Algérie

2-9-1) Maternité

De nos jours l'accouchement est devenu de plus en plus médicalisé. Il implique des frais médicaux et des arrêts de travail pour les particuliers pour cela, l'assurance maternité obéit aux mêmes dispositions que l'assurance maladie¹. Les bénéficiaires, comme présenté dans l'assurance maladie, sont les femmes assurées sociales ou les conjoints d'assurés sociaux.

Les frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites sont remboursés au taux de 100 % des tarifs fixés par voie réglementaire.

Les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sont également remboursés à 100 % pendant une durée maximale de 8 jours (sauf exception du placement en couveuse des enfants prématurés).

Le taux de prise en charge peut-être réduit à 80 % si l'assurée n'accomplit pas certaines formalités :

- la déclaration de la grossesse à la CASNOS au moins 6 mois avant la date présumée d'accouchement ;
- les examens prénataux (au 3^e, 6^e et 8^e mois de grossesse) ;
- l'examen postnatal (8 semaines au plus tard après l'accouchement).

Le droit aux prestations en nature de l'assurance maternité aux femmes exerçant une profession non salariée et aux femmes conjoint des son salariés est condition par une demande déclaration déposée aux services de la CASNOS neuf (09) jours au moins avant la date des soins.

Pour les prestations en espèces ; il n'y pas de versements d'indemnités au titre d'assurance maternité.

¹ -LAMRI. L : « le système de sécurité sociale en Algérie ».Op cit, p94.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

2-9-2) Assurance décès

L'assurance décès a pour objet de faire bénéficier aux ayants droit d'un assuré décédé, d'une allocation forfaitaire, versée en une seule fois aux ayants droit du travailleur tels que définis pour l'obtention des prestations en nature de l'assurance maladie.

En présence de plusieurs ayants droit bénéficiaires, le capital décès est réparti entre eux à parts égales. Les ayants droit peuvent demander le capital décès dans un délai de 4 ans maximum à compter de la date du décès.

Le montant du capital décès est égal à un revenu annuel soumis à cotisation qui ne doit pas être inférieur (selon la situation du travailleur) à un minimum de :

- travailleur actif : 12 fois le salaire national minimum garanti (SNMG : 18 000 DZD) ;
- titulaire de pension de vieillesse ou d'invalidité : 75 % du montant annuel du SNMG.

2-9-3) Assurance invalidité

L'assurance invalidité¹ consiste en l'octroi d'une pension à l'assuré sociale âgé de moins de 60 ans, présenté une invalidité qui réduit sa capacité de travail de gain de 50% au moins, en vue de déterminer le montant de la pension d'invalidité.

a) Conditions

Est considéré comme invalide l'assuré présentant une incapacité totale et définitive empêchant l'exercice d'une activité professionnelle.

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, le requérant doit :

- ne pas avoir atteint l'âge de liquidation d'une pension de vieillesse,
- être à jour de ses cotisations,
- avoir été immatriculé depuis au moins un an à la date de la première constatation médicale de la maladie, de l'accident ou de l'affection ayant provoqué l'état d'invalidité,
- cesser toute activité professionnelle.

¹ -l'invalidité est une des formes de solidarité et de protection sociale la plus évaluée intervenue après la seconde guerre mondiale. Du fait que les degrés d'invalidité sont très variables, le législateur a dans le décret n°846-27 du 11 février 1984 défini cette notion comme suit : « est considéré comme étant d'invalidité, l'assuré présentant une invalidité réduisant au moins de moitié (50%) sa capacité de travail ou de gains, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à la moitié du salaire de poste d'un travailleur de la même catégorie dans la profession qu'il exerçant, soit à la date de soins reçus, soit à la date de la constatation médicale de l'accident ».

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Le droit au versement d'une prestation d'invalidité débute le premier jour du mois qui suit un délai de 6 mois après la première constatation médicale de la maladie, de l'accident ou de toute autre affectation ayant entraîné l'invalidité.

b) Montant

Le montant annuel de la pension représente 80 % du revenu annuel soumis à cotisations dans la limite de 2 seuils :

- il ne peut être inférieur à 75 % du SNMG annuel,
- ni supérieur à 8 fois le SNMG annuel.

c) Le montant de la pension d'invalidité est revalorisé au 1^{er} mai 2018.

Ce montant est majoré de 40 % si l'assuré a besoin de l'aide d'une tierce personne pour les gestes de la vie quotidienne. Le montant de la majoration pour tierce personne est revalorisé au 1^{er} mai 2018 de 3 %.

A 65 ans, la pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse d'un montant au moins égal à celui de la pension d'invalidité.

2-9-4) Assurance vieillesse

a) Pension personnelle et durée d'assurance

A condition de réunir au moins 15 ans d'assurance et de versement de cotisations, les droits à pension de retraite sont ouverts à partir de : (65 ans pour les hommes, 60 ans pour les femmes avec une réduction d'une année par enfant élevé pendant au moins 9 ans et dans la limite de 3).

b) La validation du service national par la réglementation algérienne

Le paragraphe 5 de l'article 11 de la loi 83-12 du 2 juillet 1983 modifiée et complétée, relative à la retraite considère comme une période assimilée à des périodes de travail "toute période au cours de laquelle ont été remplies les obligations du service national".

Deux conditions sont exigées pour obtenir la validation de la période du service national :

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

- l'assuré doit avoir accompli un travail effectif dont la durée doit être au moins égale à 7,5 ans (30 trimestres), avec versement des cotisations au titre de la sécurité sociale ;
- ladite période ne peut être validée que si elle donne lieu à la liquidation d'une pension de retraite (60 trimestres).

Les travailleurs non-salariés atteints d'une incapacité totale et définitive qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier d'une pension d'invalidités, peuvent obtenir le bénéfice d'une pension de vieillesse s'ils ont cotisé au moins 15 ans.

c) Montant

Le montant de la pension est égal à 2,5 % multiplié par le nombre d'années d'assurance, lui même multiplié par le revenu moyen soumis à cotisations au cours des 10 années de la carrière ayant donné lieu à la rémunération la plus élevée :

$$2,5 \% \times \text{Nbre d'années d'assurance} \times \text{revenu moyen des 10 meilleures années}$$

Le montant maximum de la pension ne peut être :

- inférieur à 75 % de la valeur du SNMG,
- ni supérieur à 80 % du revenu moyen ayant servi de base de calcul de la pension.

Le montant des pensions et allocations de retraite est revalorisé à compter du 1^{er} mai 2018 suivant l'arrêté du 17 mai 2018 du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (JORA n° 30 du 27 mai 2018). Le taux est fixé à :

- 5 % pour les pensions et allocations dont le montant est inférieur à 20 000 DZD,
- 2,5 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal à 20 000 DZD et inférieur à 40 000 DZD,
- 1,5 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal à 40 000 DZD et inférieur à 60 000 DZD,
- 1 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal à 60 000 DZD et inférieur à 80 000 DZD,
- 0,5 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal ou supérieur à 80 000 DZD.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

d) Majoration pour conjoint à charge

La pension peut être majorée d'un montant de 2 500 DZD par mois si le titulaire a un conjoint à charge dont les ressources sont inférieures au montant minimum de la pension de retraite. Il n'existe qu'une seule majoration, même en cas de pluralité d'épouses.

e) Majoration pour tierce personne

Les personnes invalides ayant obtenu la liquidation de leur pension de vieillesse sans condition d'âge pourront obtenir une majoration de 40 % du montant de la pension s'ils ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

Le montant de la majoration pour tierce personne n'est revalorisé au 1^{er} mai 2018 de 3 %.

2-9-5) Allocation de retraite

L'assuré peut percevoir une allocation de retraite :

- s'il a atteint l'âge de 65 ans,
- s'il ne remplit pas la condition minimale de 15 ans d'activité pour pouvoir prétendre à une pension de retraite,
- s'il a accompli au moins 5 ans d'assurance.

Le montant de cette allocation est proportionnel au nombre d'années d'activité.

Les allocations de retraite dont le montant est inférieur à 3 500 DZD par mois sont relevées au seuil de ce même montant.

Les montants de l'allocation de retraite sont revalorisés au 1^{er} mai 2018

En cas de décès d'un assuré, ses ayants droit peuvent prétendre à une pension de réversion :

- le conjoint marié légalement à l'assuré décédé quel que soit son âge,
- les enfants à charge (âgés de moins de 18 ans, 21 ans en cas de poursuite d'études, 25 ans en cas d'apprentissage, quel que soit leur âge en cas d'infirmité ou de maladie chronique et dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité rémunérée),
- les ascendants à charge lorsque leurs ressources personnelles ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Le montant de cet avantage est égal à un pourcentage du montant de la pension dont bénéficiait ou aurait bénéficié l'assuré décédé. La pension de réversion est calculée sur une période minimum de 15 ans, quel que soit l'âge de l'assuré ou quelle que soit la période de travail accomplie.

Montant de la pension :

- 75 % de la pension du "de cujus" par mois pour le conjoint lorsqu'il n'existe pas d'autre ayant droit ;
- 50 % pour le conjoint et 30 % pour le 2^e ayant droit (enfant ou ascendant) par mois si 2 ayants droit ;
- 50 % pour le conjoint, 40 % à partager entre les autres ayants droit si plusieurs ayants droit ;
- 45 % pour chaque enfant, s'il n'existe que 2 enfants ayants droit.

Le montant cumulé des pensions d'ayants droit s'élève au maximum à 90 %, dans la limite de :

- 45 % lorsque l'ayant droit est un enfant,
- 30 % lorsque l'ayant droit est un ascendant.

2-9-6) l'assurance maladie

2-9-6-1) Les principes de l'assurance maladie

L'assurance maladie obligatoire est la composante la plus importante de la sécurité sociale et constitue un instrument principal de la politique sociale de l'Etat et un facteur de cohésion sociale accepté par tous les partenaires socio-économiques et par la population. Elle est considérée comme le vecteur principal de la politique de protection sociale du fait de l'ampleur des prestations qu'elle fournit et de sa quasi-généralisation à toutes les catégories socioprofessionnelles. C'est pourquoi elle se base, dans son fonctionnement, sur les principes de l'équité, de l'universalité et de la solidarité.

a) La solidarité

Associé à la logique de l'assurance, le principe de solidarité a vu le jour au sein des sociétés primitives et antiques comme moyen de survie dans un milieu hostile. En effet, la naissance de la vie en groupe a introduit le phénomène d'entraide entre les populations, qui comprennent vite les vertus d'aider autrui afin qu'ils soient pris en charge à leur tour.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Dans les anciennes sociétés, les populations faisaient du lien familial un moyen de se prémunir contre les aléas du futur et pensaient que la meilleure manière de se faire était d'avoir beaucoup d'enfants. Ce qui assurait une solidarité intergénérationnelle au sein d'une même famille. De plus, BICHOT J. précise que l'individu est d'abord pris en charge par sa famille, s'il en a une ; si cette protection rapprochée lui fait défaut ou s'avère insuffisante, alors interviennent les solidarités organisées par les paroisses.¹ Cela montre que la solidarité de l'église existait aux côtés de la solidarité familiale à cette époque.

Basée sur la mise en commun des risques, le principe de la solidarité est à la fois éthique et économique. Ainsi, en insistant sur les qualités de ce principe, Béjean S. le définit comme une conception redistributive et un droit reconnu pour tous grâce au caractère obligatoire de la protection du risque maladie. De son côté, Kessler D. précise qu'il valait mieux une situation où tout le monde se protège tout en protégeant les autres, qu'une situation où certains se protègent et sont, en outre, tenus de protéger ceux qui ne le font pas.²

En plus du caractère redistributive qui caractérise le principe de solidarité s'ajoute le caractère obligatoire. Parce qu'une intervention de l'Etat est nécessaire pour l'application du principe de solidarité, vu le caractère individualiste et égoïste de l'individu.

b) L'équité

Représentant une dimension récente de recherche en économie de la santé et d'assurance maladie, l'équité constitue un objectif majeur. Cependant, elle a suscité beaucoup de débats et de controverses auprès des économistes qui considèrent que toute proposition sur l'équité est un jugement de valeur.³ En effet, le concept d'équité n'est ni simple, ni clair, son caractère purement éthique est d'une grande ambiguïté car il relève uniquement de champ de la philosophie et de l'économie normative.

Jourdain A. pense que l'équité tire son origine des inégalités apparues entre les différents groupes de revenus en matière de soins de santé, il va jusqu'à correspondre l'équité

¹ -BICHOTJ. L'économie de protection sociale, éd. Collin, 1992, p.158

² -KESLER. D : L'avenir de la protection sociale, Editeur Plon, Paris, 1999. In Béjean S. : Economie du système de santé, éd. Economica, Paris, 1994, p. 91.

³ -Schneider -Brunner C. : Equité et économie de la santé : Entre positivité et normativité, acte des XIXe journées des économistes de la santé français : Dix ans d'avancées en économie de la santé, éd. John Libbey Eurotext, Lille, 1997, p.62

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

à l'égalité dans la moyenne des dépenses par habitant entre les différentes classes sociales.¹ Les individus doivent avoir accès à un minimum incompressible de soins de santé et le traitement ne doit pas être uniquement le revenu mais également les besoins réels de soins.

Selon lui, on peut distinguer deux types d'équité : l'équité verticale qui s'apparente à l'équité du monde de financement des soins de santé et l'équité horizontale qui correspond à l'équité du monde de distribution des soins de santé. La première, fait référence au principe selon lequel la somme payée par les agents pour leurs soins doit reposer sur leur capacité contributive plutôt que sur leur utilisation de système de soins, elle s'appuie sur le fait que les ménages contribuent au système de santé sur la base de leur capacité de paiement.

Tandis que l'équité horizontale désigne la distribution des services de santé disponibles à toute la population sur la base des besoins, c'est donc l'état de santé qui prime dans ce second type d'équité.

L'équité apparaît également comme un moyen spécifique d'attendre l'efficacité tout en produisant une justice sociale. Ainsi, il convient de définir l'équité à travers ces instruments de mesure. Ces instruments sont les suivants

- Equité socio-économique d'accès : le pourcentage d'accès aux soins selon le sexe, l'origine social et le milieu.
- Equité de confort de santé : la répartition des structures de soins de mêmes types, de même services médicaux et sociaux selon le milieu.
- Equité de production : assurer la qualité des soins à travers les indicateurs de mortalité et de morbidité.

Il est primordial, selon cette approche, d'opter pour des évaluations fréquentes afin de pouvoir déterminer le degré d'équité pour chaque pays. Il ne s'agit pas de faire un choix entre ces trois instruments de mesure mais d'essayer de les coordonner afin d'attendre un certain niveau d'efficacité. Cependant, selon Bras P.L « l'équité et l'efficacité son traditionnellement

¹ -JOURDAIN. A: Equity of a health system, European journal of public health n ° 2, volume 10, Oxford University press, p.140.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

opposées car les gains en matière d'équité se traduisent par des pertes en efficacité. »¹ En effet, l'efficacité implique la maîtrise des dépenses d'assurance maladie alors que l'équité stipule la prise en charge des malades et des assurés en fonction de leurs besoins, ce qui implique des dépenses, de plus en plus, importantes.

c) L'universalité

Le principe d'universalité implique que l'assurance maladie veillera à couvrir le maximum d'individus de la société. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) a été la première à introduire ce principe en énonçant que les services de soins médicaux devraient englober tous les membres de la communauté qu'ils exercent ou non une occupation lucrative.²

Selon l'OMS, les systèmes de financement de la santé veillent à ce que des fonds soient disponibles et établissent les mesures d'incitation financières appropriées pour les prestataires, afin que toute la population puisse accéder à des services de santé publics et individuels efficaces.³ Dans ce sens, un système d'assurance maladie universelle adéquat devra offrir des services accessibles à tous et ce en générant des ressources financières suffisantes et pérennes pour la santé.

Le principe d'universalité se raccorde à la notion d'accessibilité qui correspond à l'absence d'obstacles financiers à l'accès à des services de santé pour les individus.

L'Organisation Mondiale de la Santé a orienté ses travaux dans ce sens, en prônant que l'accessibilité financière devrait être définie en relation avec la part maximum du coût de soins de santé nécessaires par rapport au revenu total du ménage moins les dépenses de subsistance.

De ce qui précède, l'étude des trois principes de l'assurance maladie dévoile le rôle important et prédominant que joue l'aspect redistributif de l'assurance.

¹ -BRASP. L. : Financement des soins, pris en charge de la maladie, traité de santé publique, éd Flammarion, Paris 2004, p.156.

² -OIT : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, op. cit.

³ -OMS : Assurance maladie universelle, OMS, Genève, Avril 2004, p. 1.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

2-9-6-2) Assurance maladie en Algérie : organisation, fonctionnement et financement

L'assurance maladie est la branche plus importante de la sécurité sociale. Faire l'historique de l'assurance maladie passe nécessairement par celui de la sécurité sociale. Le système de la sécurité sociale en Algérie a connu différentes étapes auxquelles correspondent des organisations différenciées selon les objectifs et les fondements de chaque période.¹

a) Evolution et organisation de l'assurance maladie en Algérie

En Algérie, l'assurance maladie a été mise en place à partir de 1959, cette assurance comme l'ensemble de système de santé, a subi une réforme en 1983, qui vise la couverture d'autres tranches de populations non actives.²

Avant 1983, les régimes existants ont été unifiés autour d'une seule caisse. Cette dernière couvrait à la fois le régime « salarié » et « non-salariés ».

A partir de 1992, une nouvelle organisation apparaît donnant naissance à deux caisses distinctes, il s'agit de :

- La Caisse Nationale des Assurances Sociale (CNAS).
- La Caisse des Assurances Sociale des Non-salariés (CASNOS).

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

- L'intégration d'un régime particulière de retraite,
- L'attribution d'avantages particuliers à certaines catégories d'assurés,
- La création des nouvelles caisses de sécurité sociale (caisses d'assurance chômage ...)
- La prise en charge des nouvelles catégories non cotisantes.

Dans le système actuel de sécurités sociales algériennes, l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages ont été réalisés. Le régime de protection sociale algérien applicable à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle comprend : (Assurance sociales : (maladie, maternité, invalidité, et décès) ; Accidents de travail et maladies professionnelles ; Retraite ; Assurance chômage ; Retraite anticipée).

¹ -LAMRI. L : monographie de l'assurance maladie en Algérie, Alger, september2001, p7.

² -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 sociale des travailleurs salariés, conférence régionale de l'association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

L'étendue et le niveau de protection sociale représentent des indicateurs pertinents du niveau de développement atteint par un pays. Mais constituent également un reflet significatif de son histoire économique, sociale et politique.¹

b) Les prestations de l'assurance maladie

Pour bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie, comme des prestations en espèces pendant les six premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé au moins 15 jours ou 100 jours heures au cours du trimestre civil précédent la date de son ou 60 jours ou 400 heures au cours des 12 mois précédant la date de soin.² L'assurance maladie comporte :

b-1) des prestations en nature

Qui consistent en la prise en charge des frais de soins de santé (actes médicaux et dentaires, analyse et examens de laboratoire, produits pharmaceutiques, appareillage, hospitalisation, cures thermales, rééducation, transport) ; ces prestations en nature sont pris en charge au taux de 80% des tarifs de remboursement (tarifs réglementaire pour les actes médicaux, prix public de vente pour médicaments, tarifs réglementaires ou conventionnels pour les autres prestations). Ce taux est porté à (100%), en cas de soins répétitifs et/ou coûteux (maladies chroniques, intervention chirurgicale importante, hospitalisation de plus de 30 jours).

b-2) des prestations en espèces

Destiné à compenser le salaire perdu à l'occasion d'un arrêt de travail pour raison de maladie. Les prestations en espèces sont versées sous la forme d'indemnités journalières. Service à compter de la date d'arrêt de travail pour la maladie prescrit par un médecin et pour une période maximale de trois ans.

c) Le financement de l'assurance maladie

Le régime Algérien d'assurance maladie à vocation de couvrir l'ensemble de la population résident en Algérie : salariés, non-salariés et non actifs.

Le financement de l'assurance maladie qui est une branche de la sécurité sociale provient des cotisations. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de

¹ -Conseil National Economique et Sociale (CNES) : le médicament : plats forme pour un débat social, Alger 2003, p07.

² -le régime Algérien de sécurité sociale, In : <http://www. Cleiss. Fr>.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

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 en part plus important étant dévolue aux employeurs, certaines branches sont financées uniquement par l'employeur.

Nous concluons que l'assurance sociale en Algérie est composée, en fonction des statuts juridiques des employés, des déférents branches tel que : l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles. Celles-ci ont leurs propres bénéficiaires, conditions d'ouverture des droits et les prestations de chaque type d'assurance.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Section 3 : Généralité sur le contrôle médical

Dans cette section nous allons présenter quelque définition de contrôle médical, les missions et sa structure.

3-1) quelques définitions

3-1-1) le contrôle

Le mot contrôle peut avoir plusieurs sens, il peut être employé comme synonyme d'examen, de vérification, de maîtrise ou de surveillance, le contrôle est une aptitude à diriger ou supprimer le changement, elle a principalement trois dimensions, il vise à réduire l'incertitude sur un système ou un élément d'un système on peut citer plusieurs types de contrôle (exemple contrôle technique, contrôle de gestion, contrôle juridique et le contrôle médical.....). Une dimension informative s'informe de l'état du système ou d'un élément du système pour vérifier s'il correspond à certain critère voulu. On a deux types de contrôle :

a) **Le contrôle négatif**: Empêcher de se produire les possibilités ne correspondant pas au but voulu, voire les méthodes voulus

b) **Le contrôle positif** : Favoriser, promouvoir les possibilités voulus, il vise à réduire l'incertitude sur un système ou un élément d'un système.

3-1-2) médical

Qui appartient à la médecine, médical, médicinal, le mot médical s'applique à l'objet généraux de la science on dit les sciences médicales (celle qui sont nécessaires à l'exercice de la médecine), une société médicale médicinale signifie qui a des propriétés médicamenteuses quelquefois médical prend le sens de médicinal, mais médicinal ne prend pas celui de médical.

3-1-3) le contrôle médical

le contrôle médical est chargé d'étudier les dossiers médicaux des assurés sociaux ou de leurs ayants droit le but c'est de reconnaître la justification sur le plan médical de la demande en maîtrise de remboursement ou d'admission en invalidité de toutes prises en charge couvertes par l'assurance maladies et incluses dans les conventions avec les partenaires de soins.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

3-2) Présentation du contrôle médical

3-2-1) Le rôle du contrôle médical

- Conseille les assurés sociaux et les professionnels de sante sur la réglementation médico-sociale ;
- Accompagner les assurés et se concerter avec les professionnels de sante pour améliorer la prise en charge des assures sociaux et notamment les malades chroniques ;
- Analyse et contrôle les demandes de prestation ;
- Veiller a l'application de la législation et de la réglementation en vigueur.

3-2-2) Structure et organisation

Constitue de praticiens conseils (médecin conseil, chirurgien-dentiste conseil) et d'un personnel administratif, le contrôle médical est organise, au plan national et local, selon une structure pyramidale.

La mission de contrôle qu'exerce le praticien conseil et d'assurer l'application de la législation et la réglementation de la sécurité sociale et permet a tout assurés sociale, de bénéficier des prestations nécessaires à son état de sante.

3-2-3) Ordonnances prises en charge

Ces ordonnances sont prise en charge dans les cas suivant :

a) Cas des assurés sociaux, ou ayants droit d'assurés, malades chroniques

Sont pris en charge dans le cadre de l'extension du système du tiers payant « produits pharmaceutiques » à l'échelle nationale :

- Toute ordonnance comportant le traitement spécifique prescrit pour une période maximale de 3 mois ;
- Toute ordonnance, hors traitement spécifique, quel que soit le montant et quel que soit le nombre ;
- Tout médicament soumis à des conditions particulières de remboursement ou concerné par les conditions d'application du tarif de référence, lorsqu'il fait partie d'un traitement spécifique porté sur la carte CHIFA et pour lequel un accord du médecin conseil de l'agence a déjà été donné. Dans le cas où ce médicament ne figure pas sur la carte CHIFA, le pharmacien invite l'assuré social à se rapprocher du contrôle médical qui peut être indifféremment, celui du centre de paiement de plus proche ou celui de son centre d'affiliation, pour le contrôle à priori.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

b) Cas des assurés sociaux âgés de 75 ans et plus

Sont prises en charge dans le cadre de l'extension du système du tiers payant produits-pharmaceutiques à l'échelle nationale toutes les ordonnances présentées quels que soient le type de traitement prescrit, le montant et le nombre.

Dans le cas où l'ordonnance comporte un médicament soumis à des conditions particulières de remboursement ou concerné par les conditions d'application du tarif de référence, le pharmacien sert le médicament sans demander l'accord préalable de la CASNOS (pas de contrôle à priori). Toutefois, cette ordonnance sera soumise au contrôle médical à postériori, après paiement de la facture au pharmacien.

c) Cas des assurés sociaux titulaires d'avantages de sécurité sociale (retraités, invalides, rentiers lorsque le taux d'IPP est supérieur ou égal à 50%)

Sont prises en charge dans le cadre de l'extension du système du tiers payant produit pharmaceutique à l'échelle nationale toutes les ordonnances présentées quel que soit leur montant et leur nombre.

Dans le cas où un médicament est soumis à des conditions particulières de remboursement ou concerné par les conditions d'application du tarif de référence le pharmacien invite l'assuré social à se rapprocher du contrôle médical qui peut être indifféremment, celui du centre de paiement le plus proche ou celui de son centre d'affiliation, pour contrôle à priori.

d) Cas des assurés actifs ou relevant de l'une des catégories particulières

Sont prises en charge dans le cadre de l'extension du système du tiers payant produits-pharmaceutiques à l'échelle nationale dans les cas suivant :

- Toute ordonnance dont le montant est égale ou inférieur à 3000 DA,
- Les deux premières ordonnances pour le même bénéficiaire au cours d'une période de trois (3) mois.

Lorsque le montant de l'ordonnance est supérieur à trois mille (3000) DA ou lorsqu'il s'agit de la troisième ordonnance, pour le même bénéficiaire, au cours d'une période de trois (3) mois, l'assuré social devra régler le montant de cette ordonnance au pharmacien.

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Cette dernière sera, par la suite, remboursée par son centre de paiement selon la procédure habituelle.

3-3) Les missions de contrôle médical

Le médecin conseil reçoit les dossiers médicaux des assurés sociaux dans le service des prestations soumis à l'avis du contrôle médical, le médecin conseil peut convoquer le malade s'il juge que sa présence est nécessaire auprès de l'étude du dossier médical, le médecin conseil aura à se prononcer sur la demande de remboursement de la prestation sociale et à répondre au service des prestations l'avis du contrôle médical peut porter sur une prescription de médicament, une demande de prise en charge d'affection chronique, sur l'invalidité....

❖ Le contrôle médical peut être effectué

➤ Avant le paiement des prestations (contrôle à priori) ou après le paiement des prestations (contrôle à posteriori) ;

➤ Un avis favorable est émis lorsque le médecin conseil dispose des éléments probants et justifiants la demande de prestation ;

➤ Les renseignements médicaux seront recueillis dans le dossier médical et/ou auprès du médecin traitant ;

➤ Un rejet d'ordre médical est émis en cas de désaccord sur l'appréciation de l'état de santé du patient entre le praticien traitant et le praticien conseil ;

- La voie de recours est l'expertise médicale ;
- La demande d'expertise est formulée par l'assuré social ;

➤ Un rejet d'ordre administratif est rendu en cas de désaccord sur l'application de la réglementation ;

• La voie de recours en cas de rejet d'ordre administratif est la Commission Locale de Recours Préalable Qualifiée (CLRPQ) en premier ressort et la Commission Nationale de Recours Préalable Qualifiée (CNRPQ) en deuxième ressort ;

Le litige portant sur l'appréciation de l'état d'invalidité et des taux d'incapacité en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont portés devant la Commission d'Invalidité de Wilaya Qualifiée (CIWQ).

Chapitre I : Généralités sur le contrôle médical et la sécurité sociale

Conclusion

Nous concluons que l'assurance sociale en Algérie est composée, en fonction des statuts juridiques des employés, des différentes branches tel que : l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès. Celles-ci ont leurs propres bénéficiaires, conditions d'ouverture des droits et les prestations de chaque type d'assurance.

Le contrôle médicale est un acteur médical de la gestion des risques qui permet d'analyser et contrôlé les demandes des prestations selon le mode de remboursement, accompagner les assurés et se concerter avec les professionnels de sante pour amélioré la prise en charge des assures sociaux et notamment les malades chroniques.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Introduction

Le développement de la couverture sociale et le dispositif du tiers payant (possibilité de disposer des médicaments sans faire l'avance de frais ce qui permettrait aux assurés à bas revenus de ne pas payer la partie normalement remboursée par la sécurité sociale). Le remboursement de médicaments occupe une place plus importante dans les dépenses de la sécurité sociale; l'étude de ce dernier revient à l'analyse de la part du remboursement de médicaments dans les dépenses des assurances sociales, de l'assurance maladie ainsi que la part de ce dernier lié au système de tiers payant.

De nouvelles mesures ont été prévues pour ralentir cette augmentation de dépenses et ce sans aucune consultation au préalable de l'ensemble des pharmaciens d'officines conventionnées à travers un cahier de charge, de nouvelles dispositions dans les modalités de mise en œuvre du tiers payant et un arrêté ministériel fixant les tarifs de référence servent de base au remboursement des médicaments par les organisations de sécurité sociale.

L'organisme de sécurité sociale, peut soumettre l'assuré à un contrôle médical par un de leurs représentants¹, en conséquence le contrôle médical des assurés sociaux et ayants droit est exercé par le praticien conseil des caisses de sécurité sociale, le service du contrôle médical pourra donner un avis favorable ou défavorable, ce dernier étant un rejet d'ordre médical ou administratif dans ce cas l'assuré social dans le cadre de sa relation avec les organismes de sécurité sociale.

¹- L'art 64 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, J.O.R.A. N° 28, du 05- 07- 1983 modifié et complété.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Section1: Le contrôle médical et la question du remboursement de médicament

Dans cette section on va présenter le médicament dans les dépenses de santé, et comment effectué le remboursement à la sécurité sociale.

1-1) Le médicament dans les dépenses de santé

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.

1-1-1) Les dépenses de l'Etat

Les dépenses de l'Etat regroupent les budgets de fonctionnement et d'équipement, alloués annuellement au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Ces dépenses s'ajoutent celles qui émanent de structures de santé relevant d'autres secteurs, institutions et associations.

1-1-2) Les dépenses des ménages

Les ménages contribuent au financement de la santé en réglant aux établissements de santé les frais de soins et de séjours prodigués, en tout ou une partie.

La participation des ménages peut prendre différentes formes principalement : le ticket modérateur, forfait hospitalier dépassement d'honoraire.

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré (du ménage) après le remboursement de l'Assurance Maladie.¹

En Algérie, les assurés sociaux s'acquittent du ticket modérateur 20% des achats de médicaments (dont ils sont remboursés s'ils sont mutualistes) et de la participation non remboursables aux prestations hospitalières (50 DA consultation, 100 DA journée d'hospitalisation) appelée forfait hospitalier.

Lorsque les ménages font recours au secteur privé pour des consultations, examens complémentaires, séjour en clinique, les ménages ne sont remboursés que selon des cotisations non actualisées depuis plus de 20 ans, pour des montants considérablement

¹ -Le ticket modérateur : Définition et règles de fonctionnement. In: <http://www.news-assurances.com/leticket-modérateur-definition-et-règles-de-fonctionnement/016710384->

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Inférieurs à la réalité. (Le dépassement d'honoraire).

De plus, les médicaments achetés non remboursables restent à la charge de l'assuré. Quant aux ménages non assurés disposant de revenus ou pas, ils assument les 100% des frais médicaux, ce qui peut être pour eux une dépense lourde.

En raison du coût élevé de la consultation privée et la difficulté de parvenir aux unités du secteur public, l'automédication devient un phénomène très pratiqué.

1-1-3) Les dépenses de sécurité sociale

Elles couvrent la branche des assurances sociales qui offre un spectre large de prestations au profit des assurés sociaux comme le remboursement de médicaments à hauteur de 80% du taux de responsabilité et à 100% dans certains cas fixés par la réglementation (maladies chroniques, maternité, produits contraceptifs), et des actes¹ médicaux sur la base d'une nomenclature de tarification, la prise en charge des soins des patients transférés à l'étranger et les dépenses d'équipement et de fonctionnement des établissements de santé propre à la sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale peuvent également contribuer au budget des secteurs sanitaires, des établissements hospitaliers spécialisés et des centres hospitalo-universitaires pour assurer la couverture financière de leurs adhérents et leurs ayants droit, pris en charge par les structures publiques de santé.

1-2) les moyens de remboursements des médicaments

Au premier temps l'organisme de la sécurité sociale effectué ces remboursements médical par une carte qui s'appelle « carte maladie », les assures seulement qui on le droit au remboursement et conventionné que avec les pharmaciens des Etat.

1-2-1) Le système de tiers payant

Le système de tiers payant qui s'est généralise dans plusieurs pays d'Europe au cours des années 1990 à vu sa mise en œuvre dans notre pays en 2000 se limitant uniquement à l'acte de dispensation des médicaments dans son espace naturel, la pharmacie en l'occurrence. Les actes médicaux, paramédicaux et de laboratoire ne sont pour moment pas concernes,

¹ -L'automédication est un traitement médicamenteux pris par un individu sans avis médical. Autrement dit l'automédication est un traitement pharmaceutique institué par le patient lui-même sans avoir, au préalable, eu un avis ni eu une prescription médicale.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

contrairement à ce qui se pratique par exemple en France. Pour les organismes d'assurance sociale de notre pays qui à une bonne longueur de retard sur ce pays en matière de tiers payant.

Le système de tiers payant est une bouée de sauvetage pour des millions de malade chronique qui ne pouvaient avec l'ancien système de poste remboursement se permettre le luxe de payer une ordonnance qui, souvent pouvait atteindre plus de la moitié du budget mensuel de tout la famille, est à l'exécution de traitement chronique de longue durée (3mois) ce qui fraisent avec les mêmes malades, faute de moyens que très rarement avant l'application de ce système qui à au mois, ce mérite d'avoir permis à ces mêmes malades de bénéficier d'un traitement de meilleure qualité et dans de meilleurs conditions financière. Et même la possibilité, et ce système offre aux malades chronique de pouvoir observer totalement et sans interruption leur traitement, il contribue à améliorer la qualité de leur vie par budget familial oriente vers d'autres besoins et la diminution considérable du stress du aux tracasseries de la paperasse et des longue chaines de contrôle médical et de remboursement derrière les guichets des caisses d'assurance la CASNOS, On a deux types de tiers payant :

a) **Le tiers payant intégral** : le patient n'aucun frais à payer.

b) **Le tiers payant partiel** : le patient dont s'acquitté du ticket modérateur (reste a charge) et des participations forfaitaire prévus dans le de certain prestation de sante.

1-2-2) l'introduction de la carte CHIFA au niveau de la sécurité sociale

L'Algérie est le premier pays d'Afrique et du monde arabe à avoir introduit la carte de santé ou ce qu'on appel la carte à puce CHIFA pour ses assurés sociaux. Grace à cette dernière, l'assurance maladie en Algérie à bénéficié de :

- un traitement des transactions proches du temps réel ;
- une visibilité instantanée depuis le centre payeur jusqu'au sommet de la pyramide ;
- une meilleure qualité des opérations permettant d'éviter les risques de manipulation des données ;
- la mise à la disposition des employés d'outils de productivité de haute technologie ;
- une dématérialisation effective de l'ensemble des prestations offertes.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

1-2-2-1) La carte CHIFA

C'est une carte à puce élaboré par la sécurité sociale en Algérie ayant des capacités d'enregistrement et de stockage des données qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour faire valoir leur droits aux prestations de sécurité sociale, elle comporte des informations personnelle sur l'assuré (état de sante, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux).

1-2-2-2) La mise en place de la carte CHIFA

La mise en place de la carte à puce CHIFA dans le système de sécurité sociale obéit à une volonté des pouvoirs publics de moderniser la gestion des organismes de sécurité sociale.

Cette carte a été mise en place pour la première fois en 2005, elle permet à son titulaire de faire connaître sa qualité d'assuré social auprès des professionnel de santé et de faire valoir ses droits aux remboursements des frais de soins de santé engagés pour lui même ou ses ayants droit. Elle constitue un instrument de lutte contre la fraude et les abus.¹

1-2-2-3) La mise à jour des cartes CHIFA

L'assuré social dont la carte n'est pas à jour en matière d'ouverture des droits ou en cas de modification dans la situation de ses ayants droit, doit se présenter au centre de paiement dont il relève, muni des pièces justificatives nécessaires, pour que ses droits ou ceux de ses ayants droit soient actualisés.

Elle permet de :

- Vérifier la validité de la carte ;
- Vérifier les droits des assurés sociaux et ceux de leurs ayants droit ;
- Vérifier les consommations ;
- Élaborer automatiquement la facture (feuille de soins) ;
- Authentifier le détenteur de la carte ;
- Signer électroniquement la facture
- Générer et transmettre les factures électroniques à la CNAS, CASNOS.

¹ -Réformes de l'assurance maladie: La Sécurité sociale payera vos soins.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

1-2-2-4) Utilisateur de la carte CHIFA

La carte électronique CHIFA est utilisée par les assurés sociaux, auprès des professionnels de santé (prestataires de soins et des services liés aux soins) qui délivrent ou effectuent des actes remboursables par la CASNOS : médecin, pharmacien, établissement de santé...etc.

a) L'utilisation de la carte CHIFA par les Médecins

Concernant l'utilisation de la carte CHIFA chez le médecin, l'assuré reçoit, au moment du retrait de la carte, une liste des professionnels de santé conventionnés avec la sécurité sociale (dans le cadre de la contractualisation). Tous les médecins, devraient être conventionnés et équipés d'un terminal spécial.¹

Les bénéficiaires de la carte CHIFA, et certaines catégories, comme les malades chroniques qui bénéficient d'une prise en charge à 100% des frais de soins, et les autres catégories d'assurés peuvent, prétendre aux avantages de la carte de CHIFA et ne payeront que 20% (ticket modérateur) du moment de la prestation.

b) L'utilisation de la carte CHIFA chez les Pharmacies

La carte CHIFA est utilisée au niveau des pharmacies pour l'acquisition des médicaments en présentant au pharmacien la carte avec une ordonnance établie par le médecin. Le pharmacien délivre les médicaments prescrits et restitue la carte CHIFA à l'assuré, et en contre partie, il garde l'ordonnance et les vignettes qu'il transmet directement à la sécurité sociale.

Une fois que le pharmacien a introduit la carte CHIFA de l'assuré social dans le secteur de carte, le système va indiquer le malade bénéficiaire de l'ordonnance et va être informé si cette ordonnance est susceptible d'être délivrée en tiers payant ou non. Dans l'affirmative, il saisit les médicaments pour connaître le montant de l'ordonnance, il valide la facture et procède à la délivrance des médicaments. Le pharmacien remet les produits pharmaceutiques à l'assuré social après en avoir détaché les vignettes qu'il appose sur l'ordonnance.

¹ -pour pouvoir utiliser la carte de la santé CHIFA, le médecin ainsi que les différents professionnels de santé doivent disposer d'une clé appelée « TOKEN » cette clé est composée d'une puce électronique mise dans une clé USB (cf. annexe 04, schéma n°4 : la clé « TOKEN », elle contient les informations nécessaires à l'identification du PS et détermine les autorisations nécessaires à l'exploitation du système CHIFA.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Le pharmacien restitue la carte CHIFA à l'assuré social en lui demandant de s'acquitter des 20% restant à sa charge, lorsqu'il est pris en charge au taux de 80%. Dans la mesure où l'assuré social est adhérent à une mutuelle conventionnée, il est dispense des 20% représentant le ticket modérateur et n'aura rien à régler au pharmacien.

L'assuré social doit aussi régler le montant des médicaments non remboursables et, le cas échéant, la différence entre le prix de vente et le tarif de référence.¹ Lorsque l'ordonnance comporte un médicament ne pouvant être remboursé que dans certaines indications thérapeutiques ou que ce médicament est concerné par des conditions d'application du tarif de référence, le pharmacien invite l'assuré social à se présenter au contrôle médical qui peut être indifféremment celui du paiement le plus proche ou celui du centre d'affiliation de l'assuré social.²

c) L'utilisation de la carte CHIFA dans les établissements de santé

Tous les établissements de santé nationaux publics ou/et privés conventionnés sont invités à désigner le personnel qui sera chargé à leur niveau de la prise en charge de la carte de santé.

1-2-2-5) les objectifs de la Carte CHIFA

a) les objectifs réalisés

- La suppression du support papier, la simplification et l'accélération des formalités et des démarches de remboursement ou la prise en charge des assurés sociaux et pour les partenariats conventionnés dans le cadre du système de tiers-payant ;
- La contribution à la rationalisation et à la maîtrise des dépenses de soins ;
- La réalisation d'économies des frais de gestion et au renforcement de la lutte contre la fraude.³
- Régulation plus efficace qui prend une nouvelle forme de contrôle médical ;⁴
- Elle permet aux assurés détenteurs de la carte CHIFA de se procurer les médicaments

au niveau national auprès des officines conventionnées avec la CNAS, CASNOS.

¹ -le tarif de référence de remboursement des médicaments :est des montants de remboursement déterminés par groupe de produits dits similaires, c'est-à-dire ayant la même dénomination commune internationale(DCI),forme et dosage, et pour lesquels seuls les noms de marque diffèrent.

² -Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : «la mise en place de la carte CHIFA en Algérie».

³ -LOTFI .B. Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, MARRAKECH mars 2009. P32.

⁴ -ZIANI Lila, ZIANI Farida, Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie, Université Béjaïa. 2011. P17.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

b) les objectifs non réalisés

- Limitation du montant à rembourser à 3000 DA par ordonnance ;
- Limitation du nombre d'ordonnance (deux ordonnances par mois)

1-3) Les frais de remboursements

1-3-1) Le tarif de référence

C'est un prix d'un médicament calculé à la lumière de sa disponibilité et de son coût de fabrication par le laboratoire, il est souvent inférieur au prix public algérien (PPA). Il s'agit en fait de la mise en place de plafonds de remboursement, établis et fixés par l'assurance maladie, pour les dépenses en médicaments des assurés. En 2000 on parle à juste titre d'une « politique de forfait de remboursement des médicaments ».

En fait, le système de TR diffère d'un système de contrôle direct des prix dans deux points. Premièrement, les sociétés pharmaceutiques peuvent fixer leurs prix au-dessus du niveau des tarifs de référence (dans les limites de la réglementation nationale du prix des médicaments) s'ils pensent que le patient est prêt à payer le coût.

Deuxièmement, un système de TR fixe un prix de référence pour un groupe de produits similaires alors qu'avec la plupart des règlements de contrôle des prix.

Le prix de détail est fixe par produit ou sous-produit. Le système de TR n'est pas similaire à d'autres mesures traditionnelles de Co-paiement.

1-3-2) L'application du tarif de référence

La politique de tarif de référence constitue un des instruments utilisés par les pouvoirs publics afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments. Le tarif de référence pour le médicament a été mis en place dans l'objectif de :¹

- L'augmentation de la consommation des génériques ;
- La baisse conséquente des prix des médicaments ;
- Le ralentissement de l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques.

Le principe de la politique 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

¹ -Acheuk-Yousef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence: Aspects opérationnels, in: <http://www.snapo.org>. .

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

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.¹

Cette mesure n'est pas nouvelle puisqu'il s'agit d'une mesure prévue par la législation en vigueur en matière de sécurité sociale et précisée par la réglementation (références : loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales, modifiée et complétée, notamment son article 59-1 et l'arrêté ministériel du 16 août portant création et fixant les missions, l'organisation et le fonctionnement du comité de remboursement du médicament en Algérie, notamment ses articles 2, 11 et 15).

1-3-3) Détermination des tarifs de référence

Bien que la définition du système de tarif de référence varie d'un pays à un autre, des critères de détermination sont communs. Ces critères concernent la définition des groupes de référence, la fixation du prix de référence et sa mise à jour. L'idée de base sur laquelle repose les politiques de TR est de classer des médicaments, juges interchangeable, dans des groupes thérapeutiques et d'appliquer un remboursement plafonné par groupe ou sous-groupe.

1-3-4) Méthode de calcul des tarifs de référence

Une fois les médicaments sont placés dans des groupes, la logique d'une politique de TR est de mettre en place des plafonds de remboursements, fixes généralement à la hauteur du prix le plus bas, du prix moyen ou du prix médian dans le groupe thérapeutique. Ce prix devient le « tarif de référence » du groupe. Il est par la suite régulièrement révisé souvent à la baisse par les régimes d'assurance maladie. Ainsi, contrairement à la pratique traditionnelle des assureurs d'utiliser des remboursements « ad valorem », c'est-à-dire en pourcentage de la valeur marchande d'un médicament, le remboursement est plafonné à la hauteur du « tarif de référence », établi par l'assureur selon ses propres critères. Une telle politique de remboursement signifie généralement que, si un médicament à un prix équivalent ou inférieur au « tarif de référence », il est alors complètement pris en charge (franchise et ticket modérateur à déduire le cas échéant). En revanche, si un médicament à un prix supérieur au « tarif de référence », l'écart est à la charge complète de l'assuré. Ce dernier peut faire face alors à un double ticket modérateur.

¹ -LEWIS. G. : Le développement des médicaments génériques en Europe, constat actuel, communications au séminaires de l'institut d'études des politiques de santé sur le thème « Quelle place pour les médicaments génériques en France », éd. Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1996, p 29.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

1-3-5) Tarif Forfaitaire de responsabilité TFR

Le tarif forfaitaire de responsabilité a été créé par le Ministère de la Santé pour égaliser les conditions de prise en charge au sein d'un groupe générique, en plus clair promouvoir la délivrance des médicaments génériques.

Le TFR correspond au tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. La mesure concerne à ce jour environ 850 produits sur plus de 1850 remboursables.

a) Le Tarif Forfaitaire de responsabilité TFR

Est un accord signé par les caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de la santé dans le but de fixer un tarif de référence pour les actes et produits médicaux, Ce tarif forfaitaire de responsabilité est considéré comme base de remboursements des frais médicaux et paramédicaux et il est dépend des honoraires des professionnels. Et depuis la dernière réforme, le tarif forfaitaire de responsabilité a été remplacé par la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS).

1-4) Les médicaments remboursables et non remboursables

Les médicaments sont pris en charge par l'Assurance maladie sur prescription médicale et s'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables. L'assurance maladie possède une caractéristique exclusive, celle de modifier effectivement le prix que les consommateurs ont à payer sur un autre marché pour obtenir un service (le service médical).¹

L'assurance maladie et la consommation médicamenteuse sont liées par le phénomène de remboursement qui permet d'éviter aux assurés de payer la totalité du montant de l'ordonnance.

1-4-1) Les médicaments remboursables

En Algérie, l'intervention de la sécurité sociale dans le remboursement du médicament, est régie par la loi 83/11 relative aux assurances sociales. Cette loi fixe le principe général du remboursement pour un taux maximum de 80%, et fixe le principe de participation de l'assuré aux dépenses de médicaments (ticket modérateur) à 20%.

¹ -PHELPS. C ; « Les fondements de l'économie de la santé » édition Publi Union, Paris, 1995, p.56.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

1-4-1-1) Taux de remboursement

En règle générale, les prestations en nature de l'assurance maladie sont prises en charge au taux de 80 %. Ce taux est porté à 100 % dans ce cas suivants :

d) Du fait de l'importance et/ou de la répétitivité des soins

- Frais engagés à l'occasion de tout acte ou série d'actes affectés à la nomenclature générale des actes professionnels d'un coefficient égal ou supérieur à K 50 ;
- Lorsque les prestations concernent un bénéficiaire (assuré social ou ayant droit) reconnu atteint d'une affection dont la liste est fixée par voie réglementaire ;
- Lorsque la durée de l'hospitalisation est supérieure à 30 jours.

e) Situation de l'assuré social ou des ayants droit vis-à-vis de la sécurité sociale

- Lorsque les prestations concernent les ayants droit d'un travailleur décédé en faveur desquels le bénéfice des prestations en nature est maintenu d'un taux au moins égal à 50% ou l'un de ses ayants droit ;
- Lorsque les prestations concernent le titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnel ;
- Lorsque les prestations concernent les titulaires d'un avantage de sécurité sociale dont le montant est égal ou inférieur au montant du salaire minimum garanti ainsi que leurs ayants (SNMG) droit :
 - pension d'invalidité directe ou de réversion ;
 - pension de retraite directe ou de réversion ;
 - allocation de retraite directe ou de réversion.

1-4-1-2) Nature de la prestation

- fournitures de sang, plasma et leurs dérivés ;
- placement en couveuse des enfants prématurés ;
- grand appareillage ou orthopédie maxillo-faciale ;
- rééducation fonctionnelle ou réadaptation professionnelle ;
- actes et produits relatifs à la contraception.

❖ Il est à préciser que les cures thermales et spécialisées sont toujours prises en charge au taux de 80 %, quelle que soit la situation dans laquelle se trouve l'assuré social

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

❖ En cas de soins répétitifs (maladies chroniques) selon la liste des 26 maladies qui sont remboursable à 100% et les 3 maladies qui sont remboursable à 80% selon le (tableau 3) ci-dessous

Tableau 1: la liste des maladies chronique

les affections de longue durée prévu à l'article 21 décret 84/27 (Remboursables à 100%)		
1	La tuberculose sous toutes ses formes	
2	Les psychonévroses graves	
3	Les Maladies cancéreuses	
4	Les hémopathies	
5	La sarcoïdose	
6	L'hypertension artérielle maligne	
7	Les maladies cardiaques et vasculaires suivantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Angine de poitrine, ➤ Infarctus du myocarde, ➤ Pontage aorto-coronarien, ➤ Remplacement valvulaire prothétique, ➤ Valvulopathie décompensée ➤ Maladies athéromateuses évoluées, ➤ Artérite des membres inférieurs, ➤ Accident vasculaire cérébral, méningé ou cérébro-méningé, ➤ Troubles du rythme avec stimulateur,
8	Les maladies neurologiques suivantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sclérose en plaques, ➤ Syndromes extra pyramidaux, ➤ Paraplégies Hémiplégies ➤ Epilepsies du lobe temporal, myocloniques progressives et post traumatiques,
9	Maladies musculaires ou neuromusculaires suivantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Polynévrites, ➤ Amyotrophies spinales progressives, ➤ Myopathies, ➤ Myasthénies,
10	Les encéphalopathies	
11	Les néphropathies	
12	Les rhumatismes chroniques inflammatoires ou dégénératifs suivants	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spondylarthrite ankylosante, ➤ Polyarthrite rhumatoïde, ➤ Arthroses graves
13	La périarthrite noueuse	
14	Le lupus érythémateux disséminé	
15	Les insuffisances respiratoires chroniques	

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

	par obstruction ou restriction	
16	La poliomyélite antérieure aiguë	
17	Les maladies métaboliques suivantes	<ul style="list-style-type: none">➤ Diabètes,➤ Dysprotéïnémies,➤ Dyslipoidoses,
18	Les cardiopathies congénitales	
19	Les affections endocriniennes complexes	
20	Le rhumatisme articulaire aigu	
21	L'ostéomyélite chronique	
22	Les complications graves et durables des gastrectomies et de la maladie ulcéreuse	
23	La cirrhose du foie	
24	La rectocolite hémorragique	
25	Le pemphigus malin et le psoriasis	
26	L'hydatidose et ses complications	
Les affections chroniques prévues dans la circulaire 645/07 prise en charge à 80 %		
27	Hypertension artérielle	
28	L'asthme modéré	
29	Maladie de crhon	

1-4-2) Les médicaments non remboursables

Le non remboursement des médicaments, est l'exclusion de certains médicaments de remboursement, c'est-à-dire qu'ils sont devenus non éligibles au remboursement et leur paiement est devenu obligatoires même pour les assurés pris en charge. Il a pour objectif de maîtriser les dépenses de médicaments.

Ainsi, pour maîtriser la dépense en matière du médicament, le secteur de la sécurité sociale s'est engagé depuis quelques années dans la mise en œuvre graduelle du système des tarifs de référence de remboursement.¹ Ainsi, elle a encouragé l'utilisation des produits génériques garantissant des traitements au moindre coût et permettant ainsi la maîtrise de la

¹ -Nouvelle liste des médicaments remboursables, In : <http://www.dzmusicque.com/news/nouvelle-liste-des-medicaments-remboursables-,182.html>

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

dépense en matière du médicament ainsi que l'introduction de la notion de non remboursement d'après la quelle :¹

- Tout produit importé et non remboursé dans son pays d'origine devra être exclu du remboursement.
- Tout produit remboursé à 35% dans son pays d'origine, sera soit, non remboursé soit, remboursé, sur la base d'un tarif minimum.
- Les critères retenus pour qu'un médicament soit remboursable sont le service médical rendu, la classe thérapeutique, la disponibilité du médicament sur le marché, la production nationale et la population ciblée (malades chroniques, enfants).

¹ -Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit, p 27

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Section2 : le fonctionnement du contrôle médical avec les médecins traitants et pharmacies conventionnées

Dans cette section on va présenter le conventionnement de médecin traitant et des pharmacies d'officines.

2-1) la convention de médecin traitant avec l'organisme

C'est le médecin généraliste ou spécialiste choisit comme médecin référent, c'est lui le premier qui peut le consulter en cas de malade. Dans le cas où l'intervention d'un spécialiste est nécessaire, le médecin traitant renvoie le malade vers le professionnel de santé le plus compétant. L'objectif étant d'éviter au patient de nombreuses consultations inutiles. Il s'agit de l'un des axes de la réforme en faveur du secteur de la santé en Algérie.

C'est une mesure tendant à la rationalisation des dépenses de santé par la mise en place de la notion du médecin traitant. Le principe est que chaque patient est tenu de choisir son médecin, par lequel il doit obligatoirement passer en vue d'accéder au remboursement des frais avant toute consultation de spécialiste ou l'accès à un établissement hospitalier où à des soins spécialisés.¹

2-1-1) Le conventionnement du médecin traitant

Introduite en 2009 par le décret exécutif n° 09-116 du 7 avril 2009, le conventionnement du médecin traitant a été stipulé pour les objectifs suivants :

➤ L'élargissement du système tiers payant aux consultations et actes médicaux dispensés par les médecins, au profit, dans un premier temps, des retraités et de leurs ayants droit, en suite pour tous les assurés sociaux au niveau national ;

➤ Le développement d'un partenariat médecins-sécurité sociale pour :

❖ La promotion de la qualité des soins (référentiels de bonne pratique médicale, coordination des soins, protocole de soins ...) ;

❖ La promotion de la prévention (évitement des facteurs de risque de maladies, dépistage précoce de maladies lourdes, vaccination...) en faveur des assurés sociaux et de leurs ayants droit ;

❖ La rationalisation des dépenses de santé de la sécurité sociale.

¹ -BRAHAMIA. B: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est Maghreb, op. cit. p 400.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Le projet de conventionnement du médecin traitant s'inscrit essentiellement dans la recherche d'une meilleure qualité des prestations des organismes de sécurité sociale. En outre, ce conventionnement du médecin traitant constitue une action fortement articulée au projet de la carte à puce CHIFA, qui en constitue un de ses principaux instruments. Par ailleurs, ce système vient de compléter le système tiers payant du médicament dans le cadre de la prise en charge des soins ambulatoires. Le conventionnement du médecin traitant intègre également des mesures incitatives pour les prescriptions du médicament générique et des produits fabriqués localement, puisque des majorations de 20% à 50% des montants des consultations et des actes médicaux sont prévues par la convention.

Parmi les objectifs assignés au conventionnement du médecin traitant figurent l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les assurés sociaux ainsi que la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et l'instauration d'un partenariat entre médecins et sécurité sociale.

2-1-2) Rôle du médecin traitant

Les missions du médecin traitant sont clairement définies dans la convention médicale, il :

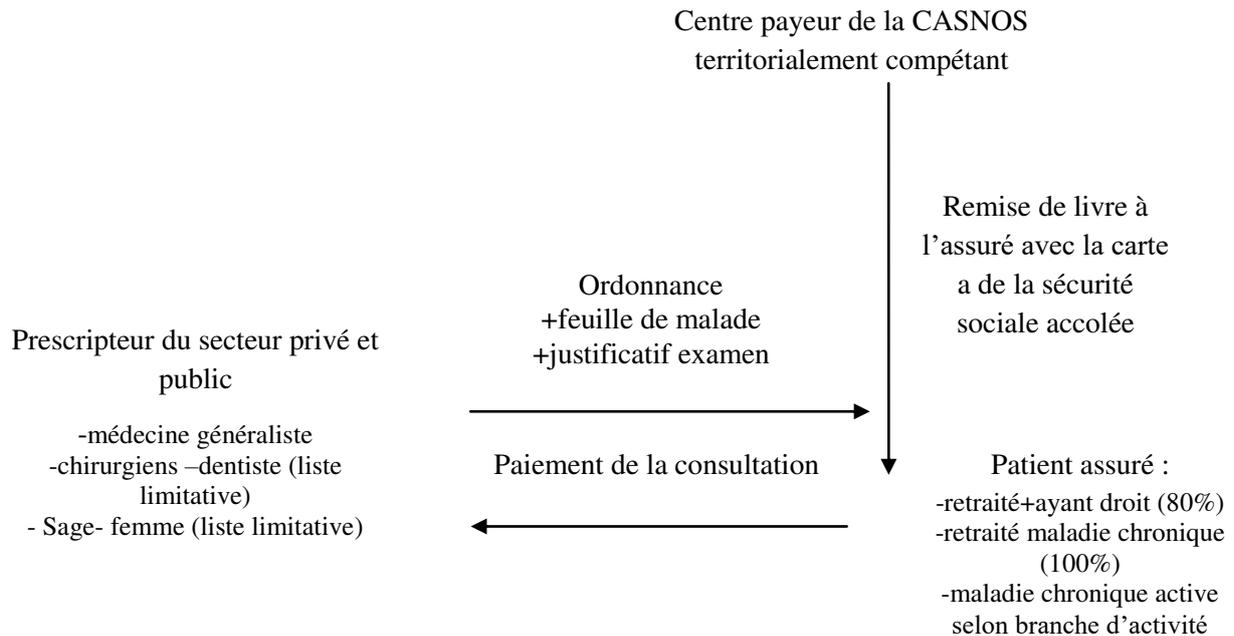
- Assure le premier niveau de recours aux soins.
- Oriente éventuellement le patient vers des spécialistes et informe ceux-ci de l'état de santé de la personne concernée.
- Fait la synthèse des soins prodigués au patient et l'insère dans son dossier médical personnalisé.

Enfin, certains spécialistes restent accessibles sans orientation du médecin traitant : Des dentistes, Des ophtalmologues, Les psychiatres, Les pédiatres, Des gynécologues.

L'adoption d'un principe médecin traitant répond au phénomène de demande induite, d'autant plus si cette réforme s'applique avec une application de protocoles de soins qui classifient selon un prototype les traitements qui conviennent pour chaque pathologie et pour chaque traitement.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Figure2 : la relation sécurité sociale-assuré-médecin



Source : Dr Lotfi Benbahmes, Ordre National des Pharmaciens Algérie.

2-2) Les officines pharmaceutiques conventionnées

Ce sont toutes les officines pharmaceutiques qui ont passé une convention avec l'organisme de sécurité sociale.

Toute officine pharmaceutique qui ont le désire peut passer cette convention qui est fixé par le décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997.

A l'appui de sa demande de conventionnement, le pharmacien doit fournir :

- Une copie du diplôme de pharmacien ;
- Une copie de l'autorisation de création et de fonctionnement de l'officine pharmaceutique délivrée par les services du Ministère de la santé et de la population ;
- Une copie du registre du commerce ;
- Une attestation d'affiliation à la sécurité Sociale (CNAS - CASNOS) ;
- Une copie de carte d'immatriculation du FISC ;
- L'empreinte du cachet de l'officine pharmaceutique ;
- La liste nominative du personnel exerçant au sein de l'officine et les spécimens de leur signature ;
- La pharmacie doit aussi disposer d'un micro-ordinateur et veiller à la disponibilité des produits pharmaceutiques.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

2-2-1) Le fonctionnement de l'officine pharmaceutique conventionnée

Les informations données par la caisse à l'officine pharmaceutique l'officine doit être immédiatement informée l'officine pharmaceutiques en cas de :

- Des assurés auxquels il a été délivré une carte ;
- Des bénéficiaires des cartes dont les droits sont prorogés ;
- Des assurés auxquels des duplicata de carte ont été délivrés
- Des assurés auxquels la carte a été retirée ;
- Des mises à jour intervenantes dans la liste des médicaments remboursables. Cette information est faite au moyen d'un support informatique ;

Les instruments de gestion du tiers payant remis par la caisse à l'officine pharmaceutique

Un logiciel informatique a été conçu à l'intention des officines pharmaceutiques conventionnées. Ce Logiciel comporte notamment ;

- Le fichier des assurés domiciliés auprès de l'officine pharmaceutique ;
- La liste des médicaments remboursables ;
- Les éléments nécessaires à l'établissement des factures et des bordereaux de transmission des ordonnances et factures en vue de leur paiement.

2-2-2) Les modalités de l'officine pharmaceutique conventionnée

Après avoir vérifié que le bénéficiaire de l'ordonnance figure sur la liste des bénéficiaires Portés sur la carte, que les droits sont en cours de validité ainsi que la conformité de l'ordonnance, le pharmacien délivre les produits pharmaceutiques qualitativement et quantitativement prescrits. Les produits pharmaceutiques qui figurent sur la liste des médicaments remboursables sont remis, Gratuitement lorsque le bénéficiaire est pris en charge au taux de 100% Contre paiement des 20 % représentant le ticket modérateur, lorsque l'assuré est pris en charge à 80% dans le cas :

- **Si le pharmacien honore l'intégralité de l'ordonnance**

Il la conserve, la tarifie, y reporte le numéro de référence et y appose les vignettes. Il retient également la feuille de soins, complétée par l'assuré et le médecin prescripteur, y reporte le montant total de l'ordonnance et y appose son cachet.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

➤ Si le pharmacien ne peut honorer qu'une partie de l'ordonnance

Il établit une facture sur laquelle il appose les vignettes. Il restitue l'ordonnance à l'assuré après avoir indiqué au regard de chaque médicament délivré la mention " servi " et la quantité servie et y avoir reporté le numéro de référence. Il restitue également la feuille de soins sur laquelle il appose son cachet et reporte le montant des médicaments servis avec la mention " tiers payant".

a) Les modalités de remise des ordonnances et factures à la Caisse

Le pharmacien remet périodiquement au centre de paiement, les ordonnances, feuilles de soins et factures au moyen d'un état récapitulatif dont le double lui est restitué à titre d'accusé de réception.

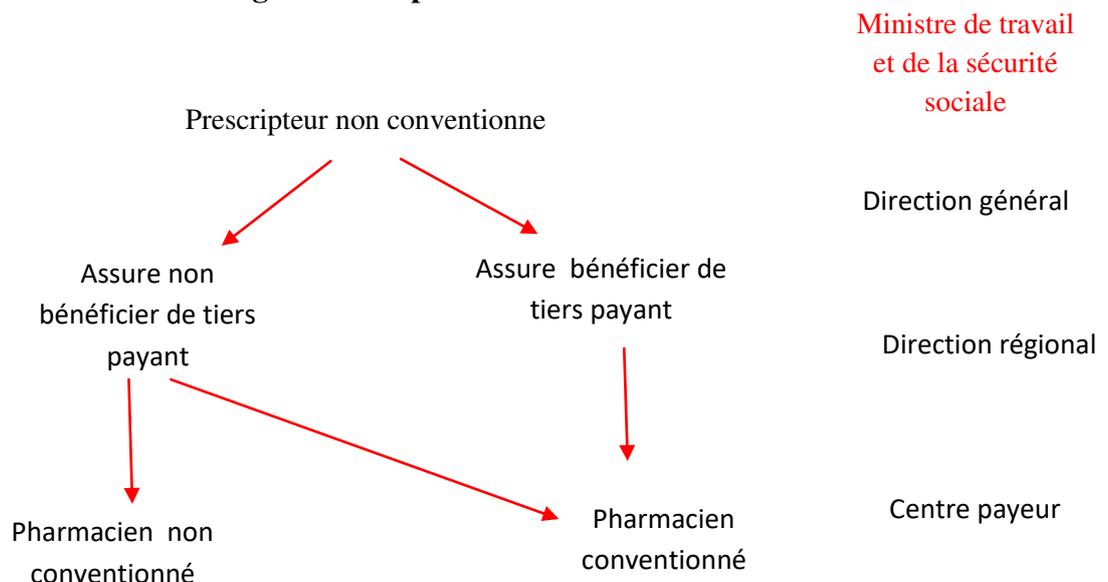
b) Les modalités de paiement par la Caisse

Les ordonnances et factures doivent faire l'objet d'un règlement dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de dépôt par le pharmacien. Le règlement est effectué au choix de l'officine pharmaceutique par chèque ou virement à son compte.

c) Que doit payer l'assuré au pharmacien ?

L'assuré doit régler directement au pharmacien. Le montant de sa participation, à savoir les 20 % restant à sa charge, lorsque le taux de prise en charge est de 80 %. Le montant des médicaments ne figurant pas sur la liste des médicaments.

Figure 3 : Dispositif de la sécurité sociale



Source : Dr Lotfi Benbahmes, Ordre National des Pharmaciens Algérie.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

2-3) Relation pharmacien-malade- sécurité sociale

2-3-1) Relation pharmacien-malade

La relation entre pharmacien et malade ces la distribution des médicaments

➤ **Avantage**

Amélioration nette de l'accessibilité des médicaments pour certaines franges de la population (quasi disparition du sentiment d'impuissance que vivait le pharmacien devant la détresse des malades qui ne pouvaient acheter leurs traitements)

➤ **Inconvénients**

a) le dispositif du tiers payant oblige le pharmacien conventionné à contrôler certains aspects qui ne devraient relever que de la Sécurité sociale

- Contrôle de la consommation : livret
- Contrôle d'identité de l'assuré et éventuellement des ayants droit
- Orientation vers le contrôle médical à priori détérioration de la relation de confiance entre le pharmacien et le malade

b) Non respect de la liberté de choix du malade de son pharmacien

Domiciliation unique dans une première phase élargie aux Pharmacies dépendant d'un même centre payeur.

c) Instauration du tarif de référence

Difficultés de communication des pharmaciens avec notamment les malades chroniques peu ou pas informés par la sécurité sociale, qui assimilent cette mesure comme un déremboursement partiel de leur traitement habituel. (La substitution par le générique étant perçue comme un changement de traitement)

➤ Les malades bénéficiaires du tiers payant ne comprennent pas l'obligation de payer le ticket modérateur.

➤ Les malades bénéficiaires du régime général ne comprennent pas le remboursement partiel de leurs traitements par la sécurité sociale.

➤ L'éventuelle rupture de stock d'un médicament dit "référént" oblige le pharmacien à dispenser un produit partiellement remboursé.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

La raison de la création des TR est donc le manque d'implication du patient dans la politique en faveur des génériques, et le refus de la collectivité de payer deux remboursements différents pour deux produits identiques

2-3-2) Relation Pharmacien –Sécurité sociale

2-3-2-1) Insuffisance d'information et de concertation

➤ Changements fréquents des modalités d'application de la convention sans diffusion générale à tous les pharmaciens.

➤ Problème de vis-à-vis pour le pharmacien au niveau de la Sécurité sociale (niveau national, régional et centre payeur)

2-3-2-2) Litiges

➤ Absence de commission paritaire Pharmacien-Sécurité sociale pour le règlement des litiges

➤ Rejets fréquents du Centre payeur de dossiers déposés par le pharmacien pour « non conformité »

- Absence du Cachet de l'établissement ou de la griffe du médecin
- Perte de vignettes
- Problèmes informatiques
- Incompétence des agents de la CNAS (DCI –dosage)
- Perte des droits des assurés non communiquée au pharmacien
- Erreur du pharmacien dans le contrôle du livret

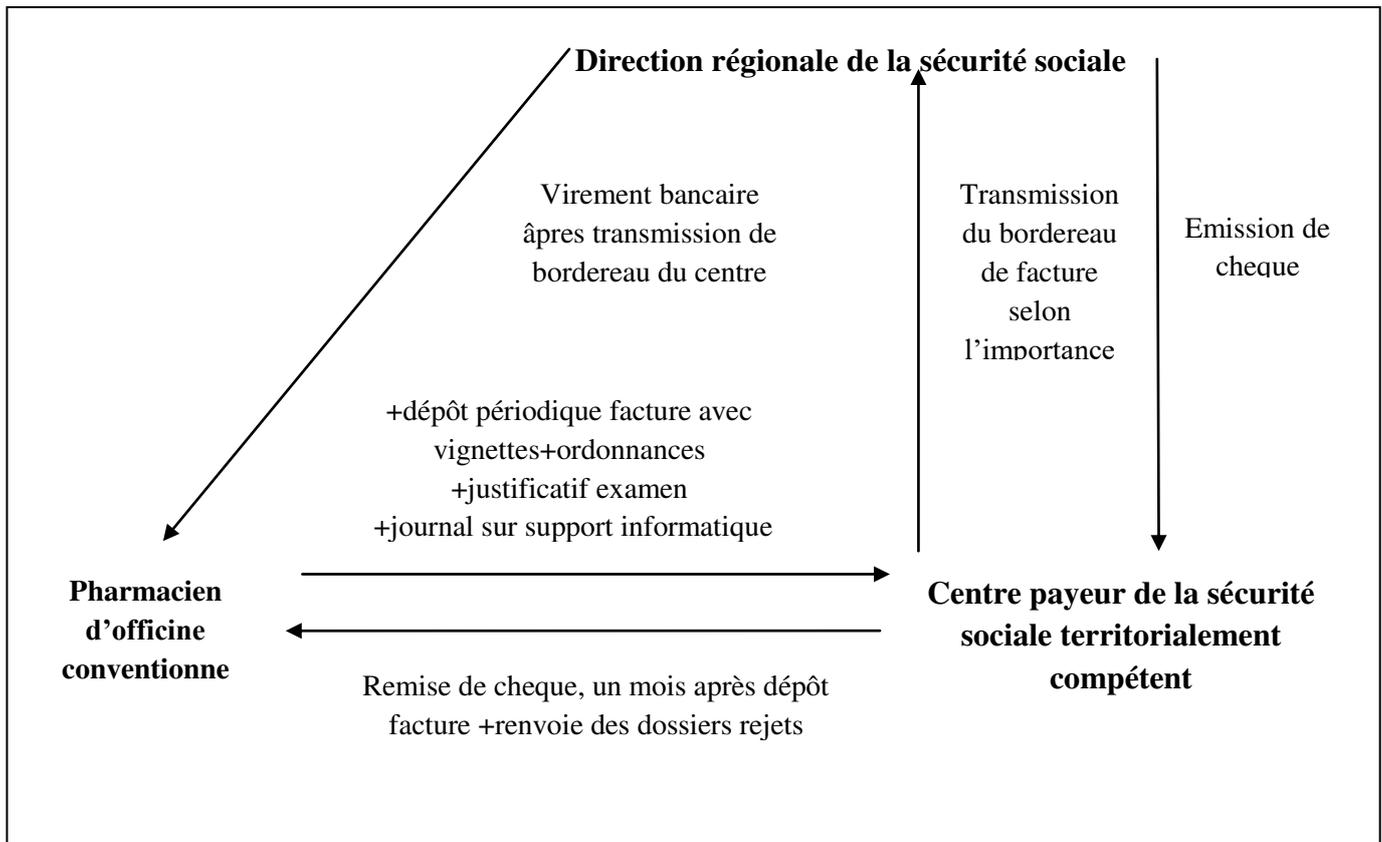
Dans ce dispositif, le pharmacien délivrant les médicaments prend sur son officine le risque que certains litiges restent en suspend. (Mobilisation financière, pertes sèches).

2-3-2-3) Retard de paiement

La convention prévoit un paiement des factures un mois après leur dépôt par le pharmacien, cependant dans de nombreuses régions ce délai atteint souvent 2 mois et parfois plus de 3 mois. Au mieux déséquilibre financier de l'officine, au pire, risque de poursuites judiciaires pour chèque impayé.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Figure 4 : la structure de paiement des pharmaciens conventionné par la sécurité sociale



Source : Dr Lotfi Benbahmes, Ordre National des Pharmaciens Algérie

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Section3: le déroulement du contrôle médical dans l'organisme de sécurité sociale

3-1) Le Service Médical donne un avis dans deux situations avant ou après paiement des prestations

3-1-1) Les avis après paiement des prestations contrôle à posteriori

Ces avis après paiement sont donnés à partir des archives des organismes sociaux : ordonnances et factures (feuilles de soins, bordereau pour les établissements de soins privés). Les actes et les prescriptions sont imputés aux praticiens dont le nom et la signature figurent sur ces documents. Leur signature engage leur responsabilité. Le contrôle à posteriori a comme avantage

a) Pour le prescripteur

- Moins de tracasseries administratives ;
- Extension des possibilités d'adaptation de la prescription en fonction des recommandations générale en vigueur de bonne pratique médicale ;

- Promotion de la qualité des actes médicaux ;

- Renforcement de la responsabilisation individuelle.

b) Pour le patient

- Accès plus rapide au médicament prescrit ;

- Information précises sue l'éventuel remboursement ;

- Promotion de la qualité des actes médicaux ;

- Garantie de traitement conformément aux recommandations générales en vigueur de bonne pratique médicale ;

- Renforcement de la relation de confiance médecin-patient en vue d'une meilleur compliance thérapeutique.

c) Pour le pharmacien

- Moins de charge administrative ;

- Renforcement de la relation pharmacien- patient- médecin.

d) Pour l'organisme de la sécurité sociale

- Moins de charge administrative ;

- Garantie d'actes médicaux (évolution scientifique de la pratique médicale) ;

- Restauration de la relation de confiance entre le médecin traitant et le médecin conseil.

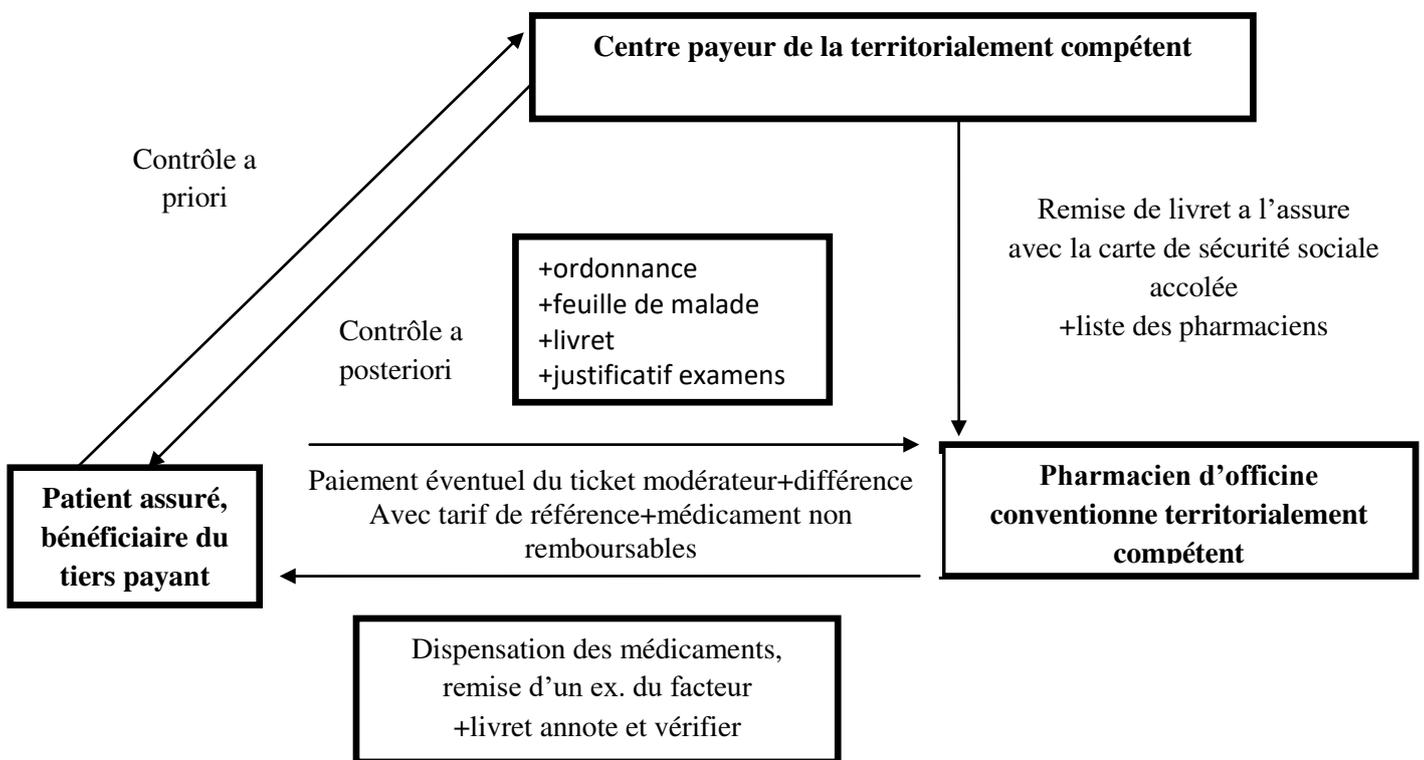
Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

3-1-2) Les avis avant paiement des prestations contrôle à priori

Certains cas sont prévus par la réglementation. Par exemple, l'organisme social ne peut pas payer sans un avis du service médical en cas d'exonération du ticket modérateur, de rechute en accident du travail, d'invalidité...

Dans d'autres cas, certains praticiens ayant des pratiques abusives dans leurs prescriptions (arrêt de travail, transport), la caisse peut décider la mise sous entente préalable avec avis systématique du Service Médical avant paiement pour la prestation abusive.

Figure 5 : Contrôle a priori et le Contrôle a posteriori



Source : Dr Lotfi Benbahmes, Ordre National des Pharmaciens Algérie

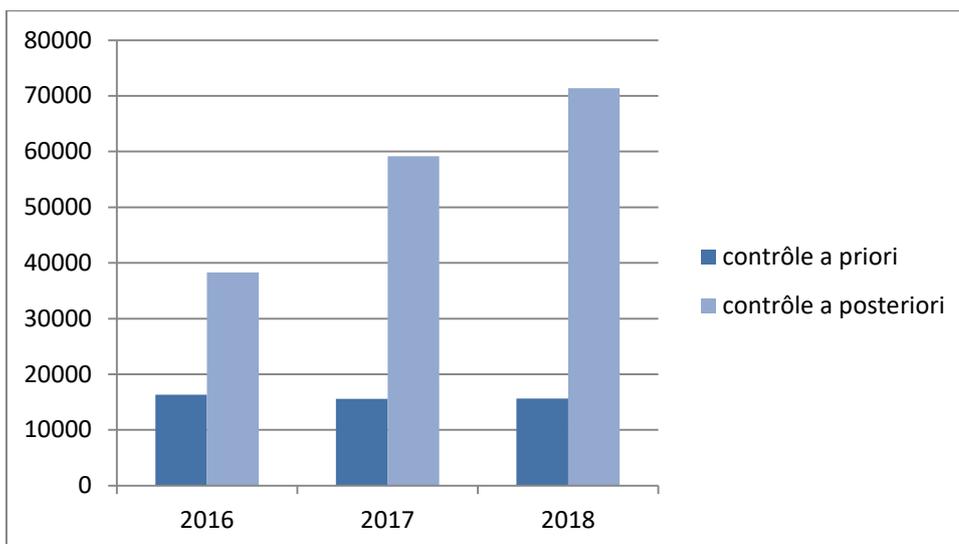
Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Tableau 2 : Les statistiques de contrôle a posteriori et contrôle a priori

années	contrôle médical	2016	2017	2018
contrôle à priori		16344	15601	15661
contrôle à posteriori		38281	59140	71401

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des documents de la CASNOS de T.O

Figure6 : Les statistiques de contrôle a posteriori et contrôle a priori



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau2

D'après les statistiques de ce tableau 2 nous avons constaté que en 2016 le contrôle a posteriori traite presque **38281** dossier par rapport au contrôle a priori **16344** dossier et en 2017 le contrôle a posteriori vers **59140** dossier le contrôle a priori **15601** en 2018 le contrôle a posteriori **71401** dossier par contre le contrôle a priori **15661**. Donc on a obtenu que le contrôle a priori diminué de 2016 a 2017 et en stabilisation de 2017 a 2018 par contre le contrôle a posteriori augmente de plus en plus chaque année, cette différence entre le contrôle a posteriori et le contrôle a priori revient a augmentation de la couverture sociale, le nombre des maladies chronique et la distribution des Catre CHIFA.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

❖ Actes soumis à entente préalable

➤ Il s'agit d'une procédure permettant d'apprécier l'opportunité des actes ou fournitures prescrits. Cette formalité s'applique à certains actes recensés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans le cas de cotation par assimilation.

➤ Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, on est tenu, préalablement l'exécution de cet acte, d'adresser au Contrôle Médical une demande d'entente préalable, remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte. Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale par laquelle l'acte a été prescrit.

➤ Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modalités arrêtées par la Caisse Nationale des Assurances Sociales.

Lorsqu'il y'a urgence, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins le formulaire en portant la mention « Acte d'urgence ». Le dossier est soumis au Contrôle Médical.

Lorsque le praticien veut dispenser un acte non répertorié à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, il doit procéder à sa cotation par assimilation à l'acte le plus similaire et qui est répertorié. Dans ce cas, l'accomplissement de cet acte est soumis à la procédure de l'entente préalable.

La réponse de la Caisse doit être adressée au malade ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le dixième jour suivant l'envoi de la demande. Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis.

Toutefois, en cas de cotation par assimilation et si l'on ne reçoit pas de réponse dans les dix jours, cela équivaut à un refus tacite de la demande d'assimilation.

3-2) Le service médical peut donner deux types d'avis favorable ou défavorable

Le Service du Contrôle Médical de la sécurité sociale existe du fait de textes législatifs et réglementaires pourra se prononcer sur des prestations selon un contrôle médical et un contrôle administrative. Qui pourra donner un avis favorable ou défavorable, ce dernier étant un rejet d'ordre médical ou administratif. Ces avis sont donnés sur la base d'arguments probants, eux-mêmes établis à partir de référentiels médicaux ou administratifs. Cet avis peut être émis avant ou après paiement de la prestation par la sécurité sociale.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

3-2-1) Avis favorable

Il est émis quand la prestation demandée est remboursable par l'assurance maladie. Pour émettre un tel avis le service médical doit avoir les arguments probants de ce caractère remboursable. Il est de la responsabilité du praticien traitant de transmettre ces arguments au service médical. Mais dans un contexte de service attendu par le patient, le service médical peut être amené à chercher ces arguments afin de ne pas pénaliser le patient. Les informations seront recherchées auprès du praticien, dans le dossier médical ou lors d'une consultation du patient dans le cadre du secret partagé.

3-2-2) Avis défavorable : Deux types d'avis défavorable sont possibles administratif ou médical.

3-2-2-1) Rejet d'ordre administratif

Il est émis en cas de désaccord sur l'application de la réglementation. La voie de recours est la commission locale de recours préalable qualifiés (CLRPQ) en premier ressort et la commission nationale de recours préalable qualifiés (CNRPQ) en deuxième ressort.

3-2-2-2) Rejet d'ordre médical

Il est émis en cas de désaccord sur l'appréciation de l'état de santé du patient entre le praticien traitant et le praticien conseil. La voie de recours est l'expertise médicale.

3-3) Les objectifs principaux de contrôle médical de la sécurité sociale

Le contrôle médical de la sécurité sociale sert à protéger la caisse de sécurité sociale

3-3-1) La lutte contre les fraudes

Elle consiste à analyser les pratiques médicales des professionnels de santé et des établissements de soins mais aussi le comportement des patients pour mettre en œuvre les actions de corrections et faire cesser les dysfonctionnements à type de fraude, pratiques dangereuses, abus de soins, non respect des bonnes pratiques médicales.

3-3-2) 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 CASNOS.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

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

La lutte contre le travail informel doit être renforcée par l'aménagement du dispositif législatif relatif à l'assujettissement en matière de sécurité sociale, le durcissement des sanctions à l'encontre des assujettis ne se conformant pas aux dispositions légales et réglementaires en matière de cotisation de sécurité sociale, l'élargissement des prérogatives des contrôleurs de la sécurité sociale, ainsi que l'habilitation des inspecteurs du travail au contrôle du respect de la législation de Sécurité Sociale¹.

3-3-3) Le renforcement du contrôle médical

Pour pouvoir maîtriser leurs dépenses, les caisses de sécurité sociale particulièrement la CASNOS comptent 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 des nouvelles structures
- Le renforcement de l'effectif en place par le recrutement de deux médecins.
- 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).
- La redynamisation de la commission d'invalidité de wilaya.

¹ -In: <http://www.mtess.gov.dz>.

Chapitre II : Le contrôle médical au niveau de la CASNOS

Conclusion

Le système du tiers payant constitue donc une grande mesure établie par les pouvoirs publics en Algérie afin de réduire les inégalités entre les différentes catégories de la population algérienne. Ce système vient compléter le système tiers payant du médicament dans le cadre de la prise en charge des soins. Par ailleurs, Le projet de conventionnement s'inscrit essentiellement dans la recherche d'une meilleure qualité des prestations des organismes de sécurité sociale. En outre, ce conventionnement constitue une action fortement articulée au projet de la carte à puce CHIFA qui en constitue un des principaux instruments.

La carte CHIFA est utilisée par les structures de soins et des services liées aux soins ainsi que chez toutes les organismes d'assurance et les professionnelle de sante (médecine, chirurgiens dentistes, pharmaciens, structure de sante publiques et privées et dans les structure de la CNAS, la CASNOS et la CNR). Elle présente l'avantage de mettre en terme aux abus aux fraudes, et d'un grande maîtrise des dépenses de prestation médicales. C'est un outil de la régulation efficace qui prend une nouvelle forme de contrôle médical.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de sante des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements afin de se prononcer des avis motivés sur les éléments d'ordre médical et d'ordre administrative qui commandent attribution de prestations de sécurité sociale le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés et le commission de recours préalable toutes fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de évaluation de l'état de sante des assurés.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Introduction

Comme on a vu dans la section 3 dans le deuxième chapitre il y a deux rejets administratif et un rejet médicale, et pour régler le rejet administratif l'assuré s'adresse une demande de recours à la commission local de recours préalable qualifiée, et c'est un rejet médical l'assuré adresse une demande de recours à l'expertise médicale, la relation des organismes de sécurité sociale avec les assurés sociaux peut être née un conflit entre eux, ces conflits sont d'une nature particulière, pour cela le législateur Algérien soumis les litiges relevant du contentieux médical sont réglés, suivant le cas par la procédure de l'expertise médicale ou dans le cadre des commissions d'invalidité de wilayas qualifiées, ces procédures sont prévues par la loi 08-08¹, et les textes réglementaires.

En cas de constatation d'abus, de dépassements, de fraudes ou de fausses déclarations, les caisses de sécurité sociale informent préalablement les prestataires de soins et les établissements ou structures de santé concernées de ces dépassements, constatés par le contrôle médical².

¹ - La loi n° 08-08 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, J.O.R.A. n° 11 02 /03/ 2008.

² -L'art 02 de la loi 08-08, Op. Cit.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Section1 : le règlement interne de contentieux médicale en matière de sécurité sociale

Donc dans cette section nous allons voir présenté le règlement interne de contentieux médical de la sécurité sociale.

1-1) Commission local de recours préalable qualifiée (CLRPQ) et Commission national de recours préalable qualifiée (CNRPQ)

1-1-1) Commission local de recours préalable qualifiée (CLRPQ)

Il est crée au niveau des agences de wilayas ou régionales des organismes de sécurité sociale des commissions locales de recours préalable qualifiés qui statuent sur les recours formulées par les assurés sociaux et les assujettis.

1-1-2) Commission national de recours préalable qualifiée (CNRPQ)

Il crée au sein de chaque organisme de sécurité sociale une commission nationale de recours préalable qualifiée qui statut sur les recours formulés contre les décisions des commissions locales de recours préalable qualifiée.¹

1-2) procédure de l'expertise médicale

Les procédures d'expertise médicale organisés par la loi 08-08 et le décret exécutif n° 11-364.² Grâce à ces deux textes expliquant les différentes procédures et les différentes étapes de l'expertise médicale depuis le début d'une demande d'expertise et la nomination d'un médecin expert, le rôle et les fonctions d'un médecin expert et les effets de l'expertise médicale.

1-2-1) Demande de l'expertise et désignation d'un médecin expert

1-2-1-1) La demande d'expertise médicale

La demande de l'expertise de l'assuré ou l'assujetti par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposée auprès des services de l'organisme de sécurité sociale contre récépissé de dépôt.

¹-CASNOS. Com.dz consulte le 13/11/2018.

²-Le décret exécutif n° 11-364 du 24 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 22 octobre 2011 fixant les conditions et modalités d'inscription des médecins sur la liste des médecins experts en matière de contentieux médical de sécurité sociale ainsi que leurs droits et obligations , J.O.R.A , n°59 du 26/10/2011.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

La demande d'expertise médicale doit être formulée par l'assuré social dans un délai de quinze (15) jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de l'organisme de sécurité sociale, la demande d'expertise médicale doit être formulée par écrit et accompagnée d'un rapport du médecin traitant.¹ Notez que nous donnons ici que la loi 08-08 ne précise pas le délai, qui doit être pris comme décision par l'organisme de sécurité sociale, cela affecte la rapidité de la procédure.²

1-2-1-2) Désignation d'un médecin expert

Le médecin expert est désigné d'un commun accord entre l'assuré social assisté de son médecin traitant d'une part, et l'organisme de sécurité sociale d'autre part,³ l'organisme de sécurité sociale propose à l'assuré social par écrit, trois (3) médecins experts au moins figurant sur la liste des médecins experts, établie par le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de la sécurité sociale, après consultation obligatoire du conseil de déontologie médicale.⁴

C'est au législateur de donner la liberté à l'assuré de choisir un médecin dans une liste de médecins experts afin de faciliter le processus de l'accord et la transparence de la procédure, parce que l'organisme de sécurité sociale ne peut proposer que trois experts, ce qui entrave le processus d'entente et restreint l'assuré.

Dans un délai de huit (8) jours à compter de la date de dépôt de la demande, dans le cas contraire, l'organisme de sécurité sociale sera tenue par l'avis du médecin traitant ,aussi dans le cas où il s'abstient de répondre, l'assuré social est tenu d'accepter l'expert désigné d'office par l'organisme de sécurité sociale.⁵

En cas d'impossibilité d'accord sur la nomination d'un médecin expert dans un délai de trente (30) jours à compter du dépôt de la demande de l'expertise médicale, le médecin expert est désigné d'office et immédiatement par l'organisme de sécurité sociale sur la liste des

¹ -L'art 20 de la loi 08-08, Op .Cit

² -Par contre, la loi 83-15, qui abrogé par la loi 08-08. Que précise le délai aux 08 jours Après avoir pris l'avis du médecin-conseil.

³ -L'art 21 de la loi 08-08, Op .Cit.

⁴ -En ce que concerné la liste de médecins experts voir Chapitre 1er du D.E n° 11-364, Op .Cit

⁵ -L'arts 22-23 de la loi 08-08, Op .Cit.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

experts médicaux, à condition que le médecin expert désigné ne soit pas l'un de ceux précédemment proposés.¹

1-2-2) La mission d'un médecin expert et les effets de l'expertise médicale

1-2-2-1) La mission d'un médecin expert

Le médecin expert commence après avoir reçu l'organisme de sécurité sociale doit remettre au médecin expert un dossier comportant " l'avis du médecin traitant ; l'avis du médecin conseil ; Un résumé des questions, objet du litige et la mission du médecin expert".² Les médecins inscrits sur la liste des médecins experts en matière de contentieux médical de sécurité sociale s'engagent à effectuer les missions qui leur sont demandées lorsqu'ils sont choisis en tant que tels dans le cadre de la mise en œuvre des procédures prévues par la législation en vigueur relative à l'expertise médicale.³

Notons ici que le législateur n'a pas prévu les effets du médecin a refusé de faire une mission d'experts de manière arbitraire ou refuse d'exécuter et les procédures suivies dans le remplacement des experts pour accélérer les procédures.

Le médecin expert est tenu, lorsqu'il est sollicité pour une expertise dans le cadre du contentieux médical de sécurité sociale, de déclarer à l'organisme de sécurité sociale, les informations relatives à sa qualité de médecin traitant ou de médecin contrôleur de l'assuré social ou de son ayant droit et de ne pas procéder à l'expertise ,il peut également exprimer son refus de procéder à l'expertise médicale demandée dans les situations prévues par le code de déontologie médicale ainsi que dans les cas où l'expertise médicale ne relève pas ou dépasse sa compétence, il doit, dans ces cas en informer préalablement l'organisme de sécurité sociale concerné, l'assuré social ou son ayant droit et son médecin traitant dans un délai n'excédant pas cinq (5) jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier d'expertise.⁴

Le médecin expert ne peut, sous peine de nullité de l'expertise, être en même temps médecin traitant ou médecin contrôleur, à quelque titre que ce soit, pour un même patient.⁵

¹ -L'art 24 de la loi 08-08, Op .Cit.

² -L'art 25 de la loi 08-08, Op .Cit.

³ -L'art 16 du D.E n° 11-364, Op .Cit

⁴ -L'art 17 du D.E n° 11-364, Op .Cit

⁵ -L'art 18 du D.E n° 11-364, Op .Cit.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Le médecin expert est tenu, dès réception du dossier de l'expertise, de procéder à l'expertise médicale, il prépare un rapport d'expertise qui doit être établi sur le formulaire prévu à cet effet, dont le modèle est fixé par l'organisme de sécurité sociale.¹

L'assuré social est déchu de son droit à l'expertise médicale dans le cas où il refuse, sans motif, de répondre aux convocations du médecin expert, il peut être une expertise médicale à la maison, alors le médecin expert perçoit en outre, une indemnité kilométrique versée par l'organisme de sécurité sociale concerné à raison de **10.5** DA le kilomètre pour la distance aller et retour entre le lieu d'exercice et le domicile de l'assuré social ou de son ayant droit lorsque leur état de santé nécessite une expertise médicale à domicile.²

Le médecin expert est tenu de déposer à l'organisme de sécurité sociale son rapport dans les quinze (**15**) jours à compter de la date de réception du dossier.³

En ce qui concerne les honoraires dus des médecins experts désignés pour procéder à l'expertise sont à la charge de l'organisme de sécurité sociale sauf si le médecin expert atteste que la demande de l'assuré social est manifestement infondée, dans ce cas, les honoraires dus sont à la charge de ce dernier.⁴

1-2-2-2) Les effets de l'expertise médicale

L'organisme de sécurité sociale est tenu de notifier à l'intéressé les résultats du rapport d'expertise médicale dans les dix (**10**) jours qui suivent sa réception.⁵

Les résultats de l'expertise médicale s'imposent aux parties d'une manière définitive, dans le sens qui ne soit pas contestée devant les tribunaux, parce que l'expertise médicale fait suite à une l'expertise judiciaire, et il peut être considéré comme un arbitrage médical, toutefois, le tribunal siégeant en matière sociale peut être saisi pour une expertise judiciaire, en cas d'impossibilité de procéder à l'expertise médicale sur l'intéressé.⁶

¹ -L'art 19-20 du D.E n° 11-364, Op .Cit.

² -L'art 26 du D.E n° 11-364, Op .Cit.

³ -L'art 26 de la loi 08-08, Op .Cit.

⁴ -L'art 29 de la loi 08-08, Op .Cit ; voir aussi En ce que concerné les honoraires dus des médecins experts L'arts 24-25-26 du D.E n° 11-364, Op .Cit.

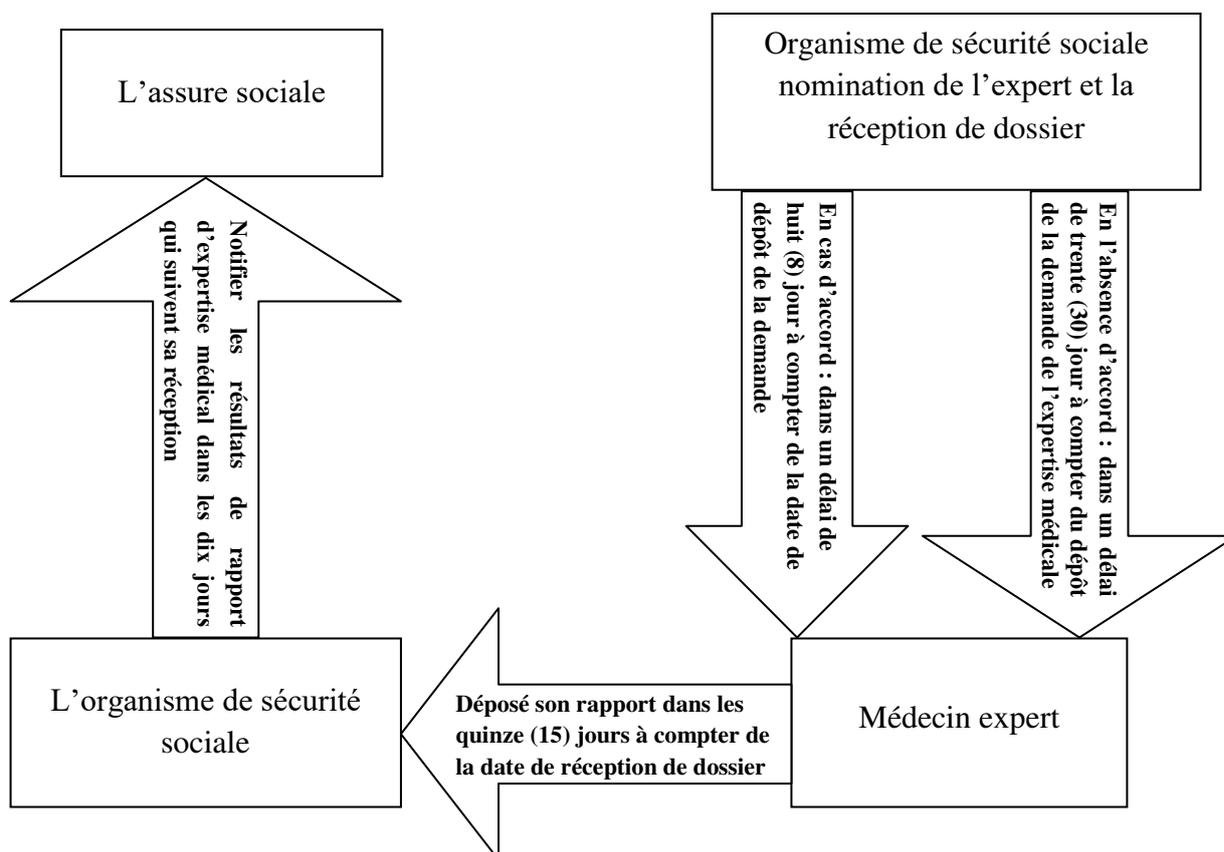
⁵ -L'art 27 de la loi 08-08, Op .Cit.

⁶ -L'art 19 de la loi 08-08, Op .Cit.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Il reste le droit de l'assuré de contester la décision d'organisme de sécurité sociale devant la juridiction compétente en cas de non-conformité aux résultats de l'expertise médicale ou n'ayant pas respecté les procédures juridiques de l'expertise médicale.

Figure 6 : la procédure de l'expertise médicale



Source : le règlement interne de contentieux médicale en matière de sécurité sociale

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Section 2 : le contrôle médical à la commission d'invalidité de la wilaya

Il a été créé par la loi 08-08 une commission d'invalidité au niveau de chaque wilaya pour régler les litiges des décisions rendues par les organismes de sécurité sociale relatives à :

- L'état d'incapacité permanente, totale ou partielle due à un accident de travail ou une maladie professionnelle donnant lieu à l'attribution d'une rente ;
- L'admission en invalidité ainsi que la catégorie et la révision de l'état d'invalidité dans le cadre des assurances sociales.¹

Les dispositions relatives à l'étude de la commission d'invalidité de wilaya est à travers les règles de composition, d'organisation et le fonctionnement après que les procédures et délais de recours devant la commission.

2-1) Les règles de composition, d'organisation et le fonctionnement

Les règles de composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission contenue dans le décret exécutif 09-73,² alors il ya des règles relatives à la composition et des règles relatives à l'organisation et au fonctionnement de la commission.

2-1-1) La composition de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée est fixée comme suit :

- le représentant du wali, président ;
- deux (2) médecins experts, proposés par le directeur de la santé et de la population de wilaya, après avis du conseil régional de déontologie médicale ;
- deux (2) médecins conseils, dont l'un relève de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés et l'autre de la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés, proposés par les directeurs généraux de ces organismes ;
- un (1) représentant des travailleurs salariés, proposé par l'organisation syndicale la plus représentative au niveau de la wilaya ;
- un (1) représentant des travailleurs non-salariés, proposé par l'organisation syndicale des employeurs la plus représentative au niveau de la wilaya.

¹ -L'art 31 de la loi 08-08, Op .Cit.

² -le décret exécutif n° 09-73 du 11 Safar 1430 correspondant au 7 février 2009 fixant la composition l'organisation et le fonctionnement de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée en matière de sécurité sociale, J.O.R.A, n°10 du 11 février 2009.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

La commission d'invalidité de wilaya qualifiée.¹ Les membres de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée sont désignés pour une durée de trois (3) ans renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. En cas d'interruption du mandat d'un membre de la commission d'invalidité wilaya qualifiée, il est procédé à son remplacement dans les mêmes formes pour la durée restante du mandat.²

La majorité des membres sont des médecins, et cela vise à la nature technique de la commission, et non le caractère représentatif de ces commissions de recours préalable et notamment il peut faire appel à toute personne compétente susceptible de l'aider dans ses travaux, ceci est pour leur arbitrage sur la base des avis techniques, de vérifier l'exactitude des vues des deux médecins: médecin consultant, médecin traitant. Et vice versa, la loi 83-15 telle que modifiée par la loi n ° 99-10 a consacré le caractère représentatif des membres de la commission, qui a été caractérisée par la nature sociale et non conformes à la politique de l'équilibre financière des caisses de sécurité sociale.

Et pour la motivation le législateur prévu par les articles 09 et 10 les membres de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée perçoivent une indemnité de présence dont le montant est fixé à deux mille dinars (**2.000 DA**) par séance. Les médecins experts auxquels fait appel la commission d'invalidité de wilaya qualifiée perçoivent des honoraires fixés à mille cinq cent dinars (**1.500 DA**) par expertise, et les dépenses liées à l'octroi des indemnités et honoraires.

2-1-2) L'organisation et fonctionnement de la commission

En ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement de la commission étudient les éléments les plus importants pour les sessions, le régime des délibérations.

a) Les sessions de la commission

La commission d'invalidité de wilaya qualifiée se réunit au siège de l'agence de wilaya de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés en session ordinaire, une (1) fois par mois, sur convocation de son président.

Elle peut se réunir en session extraordinaire à la demande de son président ou des deux tiers (2/3) de ses membres, la commission d'invalidité de wilaya qualifiée se réunit

¹ -L'art 02 du D.E 09-73, Op .Cit.

² -L'art 03 du D.E 09-73, Op .Cit.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

valablement lorsque la majorité de ses membres est présente si ce quorum n'est pas atteint, elle se réunit valablement après une deuxième convocation quel que soit le nombre des membres présents, dans un délai n'excédant pas les quinze (15) jours.¹

Le secrétariat de la commission d'invalidité de wilaya est assuré par l'agence de wilaya de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés. Il fournit ainsi les moyens nécessaires à son fonctionnement.²

Nous notons que le législateur algérien à travers le régime des sessions voulait que la rapidité et la flexibilité des procédures et des règlements des litiges médicaux concernant aux cas d'invalidité

b) Le régime des délibérations

Selon l'article 05 les décisions de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée sont prises à la majorité simple des voix des membres présents, en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les décisions de la commission font l'objet de procès-verbaux signés par le président de la commission et transcrits dans un registre spécial coté et paraphé par le président. La commission également soumise à son règlement intérieur, elle élabore et adopte et fixe les règles de son organisation et de son fonctionnement.³

2-2) Procédures et délais de recours devant la commission

Les règles des procédures et délais de recours devant la commission contenues dans la loi 08-08 et le D.E 09-73.

2-2-1) La contestation devant la commission

La commission d'invalidité de wilaya qualifiée est saisie par l'assuré social dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la notification de la décision de l'organisme de sécurité sociale, objet de la contestation.

¹ -L'art 04 du D.E 09-73, Op .Cit.

² -l'arts 08-09 du D.E 09-73, Op .Cit

³ - l'art 14 du D.E 09-73, Op .Cit.

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

La commission est saisie par une demande écrite, accompagnée du rapport du médecin traitant, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou déposée au secrétariat de la commission contre récépissé de dépôt.¹

La commission statue sur les contestations qui lui sont soumises dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de réception de la requête.²

2-2-2) La décision de la commission

La commission d'invalidité de wilaya qualifiée prend toutes les mesures notamment la désignation d'un médecin expert, l'examen du malade, la demande d'examens complémentaires, et peut procéder à toute investigation qu'elle juge nécessaire.³

Cependant, le législateur algérien n'a pas été clair dans la possibilité d'audience la comparution personnelle de l'assuré, doit être consacrée à ce principe et pour permettre à l'assuré de fournir des documents au dossier et défendre leurs droits.

La commission exerce des pouvoirs tels a l'enquête judiciaire et l'expertise médicale, donc la commission grâce à son fonctionnement la nature judiciaire et non pas de nature administrative.

2-2-3) La notification des décisions

Les décisions de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée sont notifiées aux assurés sociaux par le secrétariat de la commission par lettre recommandée avec accusé de réception ou par les agents de contrôle de la sécurité sociale de l'organisme concerné au moyen d'un procès-verbal de réception dans un délai de vingt (20) jours à compter de la date de la décision de ladite commission.

Une Copie de ces décisions doit être transmise par la commission d'invalidité de wilaya qualifiée au directeur de l'agence de wilaya de l'organisme de sécurité sociale dans un délai de vingt (20) jours à compter de la date de la décision de ladite commission.⁴

¹ - l'art 33 de la loi 08-08, Op .Cit.

² -l'art 31 de la loi 08-08, Op .Cit.

³ -l'art 32 de la loi 08-08, Op .Cit

⁴ -L'art 06 du D.E 09-73, Op .Cit

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Le président de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée est tenu d'adresser au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport annuel sur les activités de la commission.¹

Les décisions de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée sont susceptibles de recours devant les juridictions compétentes dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la notification de la décision.²

Le législateur algérien n'a pas laissé la possibilité pour l'assuré social de déposer une contestation auprès des juridictions compétentes, lorsque il ne reçoit pas réponse à sa requête, il est donc nécessaire pour éviter cette situation de donner une chance de recourir aux juridictions compétentes. Nous notons grâce aux règles applicables aux procédures et délais de recours devant la commission que pour un délai de règlement raisonnable et des mécanismes de notification de décision sont variété garantie.

2-3) L'assuré peut-il adresser lui-même la demande de pension d'invalidité à l'organisme de sécurité sociale ?

L'organisme de sécurité sociale, suite à la demande de l'assuré, attribue la pension d'invalidité, pourvu que l'assuré ait travaillé :

- Soit, au moins soixante (60) jours ou quatre cent (400) heures au cours des douze (12) mois précédant l'interruption du travail ou la constatation médicale de l'invalidité,
- Soit, au moins cent quatre vingt (180) jours ou mille deux cents (1200) heures au cours des trois (03) années qui ont précédé l'interruption du travail ou la constatation médicale de l'invalidité.

Dans les deux conditions, l'organisme de sécurité sociale accorde la demande d'invalidité selon les cas suivants :

- lors de la constatation médicale qui résulte d'une usure prématurée de l'organisme de sécurité sociale (L'usure prématurée peut être considérée comme un délabrement physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez des personnes d'un âge beaucoup plus élevé),

¹ -L'art 15 du D.E 09-73, Op .Cit.

² -L'art 35 de la loi 08-08, Op .Cit..

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

- lors de la consolidation de la blessure, en cas d'un accident de travail non professionnel,
- après épuisement de trois (03) années, durant lesquelles, des indemnités journalières lui ont été servies.

2-3-1) Dans quels cas la pension d'invalidité est refusée ?

a) Sur le plan médical

Lorsque le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale estime que l'affection n'est pas stabilisée, en ce sens, il donne son avis que l'affection est encore évolutive ou que l'incapacité de travail n'atteint pas les 2/3 ou le pourcentage de 60% requis, pour que l'assuré soit au moins classé dans la première catégorie.

b) Sur le plan réglementaire

- Lorsque l'incapacité qui pourrait la justifier est antérieure à l'immatriculation et non aggravée depuis celle-ci, par exemple une affection de l'enfance, une maladie congénitale.
- Lorsque l'incapacité est déjà indemnisée par un autre cadre (accident de travail, un avantage de retraite.

2-3-2) La pension d'invalidité n'est pas définitive

Il faut savoir que l'invalidité est attribuée à titre temporaire (article 44 de la loi 83-11) elle peut être révisé en raison d'une modification de l'état d'invalidité, à ce titre, deux suppositions à mettre en exergue :

➤ Le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale estime que l'état de l'invalidé s'est amélioré à une capacité de gain qui devient supérieure à 50%, elle est suspendue, toutefois elle peut être rétablie si l'état de l'invalidé s'aggrave de nouveau. Si le médecin conseil constate que qu'il n'y a plus de soins continus, l'invalidité est supprimée.

➤ A l'inverse, l'assuré peut demander la révision de l'invalidité, dans le cas ou son état s'aggrave (passage de la première catégorie à la deuxième, ou de la deuxième à la troisième).

remarque : l'invalidité est une prestation de sécurité sociale, elle a le caractère d'ordre public, elle ne peut, en aucun cas, faire l'objet de renonciation, soit par l'assuré ou par l'organisme de sécurité sociale, cette dernière est tenue de la verser à l'assuré social

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

2-3-3) Notification de l'invalidité par l'organisme de sécurité sociale, après avis du médecin conseil

La notification de la décision en matière d'invalidité, peut faire l'objet d'une contestation, par l'assuré invalide, à ce titre, elle prend deux dispositifs :

- Soit, l'invalidité est totalement rejeté par l'organisme, par le fait que l'assuré ne rempli pas les conditions requises en vertu de la loi 83-11 relatives aux assurances sociales ;
- Soit, l'invalidité est accordée à un total, inférieur à celui demandé par l'invalide.

Dans les deux cas, l'invalide peut saisir une institution d'ordre administrative, appelée la commission d'invalidité de la wilaya qualifiée (article 31 de la loi 08-08 du 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, qui est chargée de statuer sur les litiges des décisions rendues par les caisses de sécurité sociale, en ce qui concerne :

- 1) l'état d'incapacité permanente, totale ou partielle due à un accident de travail ou une maladie professionnelle donnant lieu à l'attribution d'une rente ;
- 2) l'admission en invalidité ainsi que la catégorie et la révision de l'état d'invalidité dans le cadre des assurances sociales.

2-3-4) Comment régler ces litiges ?

Les litiges relevant du contentieux médical, sont réglées, selon les cas de santé apprécié par l'organisme de sécurité sociale (expertise médicale ou commission d'invalidité de wilaya), exclusivement les refus d'ordre médical, les refus d'ordre administratif, sont de la compétence de la commission locale de recours préalable qualifié de wilaya, éventuellement devant la section sociale du tribunal compétent. A titre d'exemple : lorsqu'il s'avère que l'assuré n'a pas versé ses cotisations, manque d'un certificat médical de son médecin traitant).

A noter, que les contestations formulées à l'encontre des décisions relatives à l'admission de l'invalidité ainsi que la catégorie et la révision de l'état d'invalidité dans le cadre des assurances sociales, sont portées directement devant la commission d'invalidité de la wilaya, sans pour autant, recourir à l'expertise médicale (interférence des articles 19 et 31 de la loi 08-08).

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

2-4) La commission d'invalidité de wilaya

(Décret exécutif 09-73 du 07 février 2009 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée en matière de sécurité sociale JORA 10-2009).

La commission d'invalidité est une juridiction d'ordre administratif, créée au sein des organismes de sécurité sociale, elle a pour objet de statuer sur certains litiges relevant du contentieux médical.

Sous peine de forclusion, l'assuré social doit saisir la commission d'invalidité dans un délai de trente (30) jours, à compter de la date de notification de la décision rendue par l'organisme de sécurité sociale, cette dernière est tenue de statuer sur la contestation, adressée par l'assuré social, dans un délai de soixante (60) jours, à compter de la date de réception de la requête. A l'expiration de ce délai, si la commission ne tranche pas sur le litige, la requête ne demeure pas dans l'expectative, elle est tacitement rejetée.

2-4-1) Le rôle de la commission d'invalidité

La commission d'invalidité, en vue d'établir sa décision en bon et du forme, prend toutes les mesures nécessaires, notamment la désignation d'un médecin expert, l'examen du malade, la demande d'examens complémentaires, et peut procéder à toute investigation qu'elle juge nécessaire (article 32 de la loi 08-08)

2-4-2) Notification de la décision de la commission d'invalidité

La commission d'invalidité, après avoir rendu sa décision, elle est tenue de la notifier à l'assuré social dans un délai de vingt (20) jours à compter de la date de la décision, soit par lettre recommandée avec accusé de réception soit, par un agent contrôleur agréé de l'organisme de sécurité sociale, avec un procès verbal de notification.

2-5) La section sociale du tribunal compétent

La décision rendue par la commission d'invalidité de wilaya, par laquelle, la demande d'invalidité est refusée, est susceptible de recours devant la section sociale du tribunal compétent, pour ce faire, l'assurée social, introduit une requête introductive d'instance, dans un délai de trente (30) jours, si la requête a été rejetée expressément, si elle a été rejeté

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

tacitement, il faut épuiser un délai de soixante (60) jours, à compter de la date de dépôt de la requête auprès de la commission.

2-5-1) La requête introductive d'instance

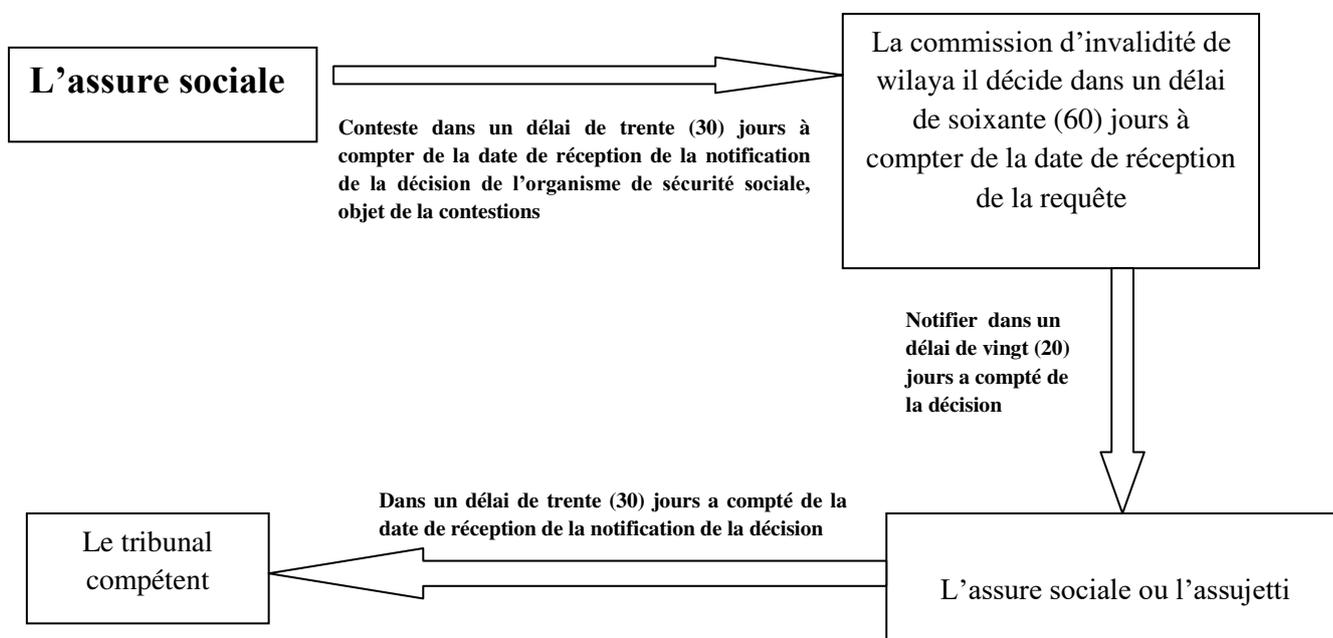
Devant la justice, l'assuré social est en qualité de justiciable, ce dernier saisit la section sociale du tribunal territorialement compétent, seule habilitée à statuer sur la demande d'invalidité. Cette action judiciaire est gérée par le magistrat social par une procédure contradictoire et non une procédure unilatérale conformément aux dispositions du droit commun (loi 08-09 du 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative).

Le tribunal saisi, doit fixer sa première audience au plus tard dans le quinze (15) jours qui suivent la date de l'introduction de l'instance (article 505 de la loi 08-09)

2-5-2) La sentence judiciaire

Le jugement rendu par le tribunal est susceptible d'appel devant la cour (voie de recours ordinaire), éventuellement devant la cour suprême (voie de recours extraordinaire).

Figure7 : une procédure contentieuse devant la commission d'invalidité de la wilaya



Source : le règlement interne de contentieux médicale en matière de sécurité sociale

Chapitre III : les limites du contrôle médical à l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)

Conclusion

Comme un résultat final, nous pouvons dire que les procédures de règlement interne du contentieux médical de la sécurité sociale surtout après l'étude les procédures de l'expertise médicale et les procédures contentieuse devant la commission d'invalidité de wilaya qualifiée sont des mécanismes efficace pour le règlement des litiges d'une manière amiable, rapidement et la flexibilité rend également plus facile pour l'assuré de défendre ses droits et frais raisonnables.

Cette procédure s'est accompagnée de l'amélioration de l'organisation du contrôle médical à travers la mise en place des comités médicaux traitant des dossiers relevant de la commission technique à caractère médical ainsi que la polyvalence technique des praticiens conseil. Le renforcement du contrôle médical des organismes de la CASNOS, privilégiera la concertation avec les prestataires de soins, pour la promotion de l'usage rationnel et approprié des soins.¹

¹ -In: <http://www.mtess.gov.dz>.

Conclusion Générale

Au lieu d'énumérer en détail les divers domaines dans lesquels le Contrôle médical de la sécurité sociale est chargé de se prononcer sur l'état de santé des assurés et de renvoyer aux diverses dispositions légales mentionnant que le Contrôle médical de la sécurité sociale doit émettre un avis, la mission d'évaluation de l'état de santé des assurés conférée au Contrôle médical de la sécurité sociale et précisée dans les lois.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations en vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes.

Nous pouvons dire selon les résultats des entretiens que le contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément en matière des médicaments qui permet de régler les dépenses de santé on peut dire que le contrôle médical c'est le régulateur de dépense.

Toutefois, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut conseiller les assurés afin que les prestations correspondent au mieux à l'état de santé des assurés sans dépasser l'utile et le nécessaire et soient faites la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des traitements tout en étant conformes aux données acquises par la science, à la médecine et à la déontologie médicale. Si à l'occasion d'un examen, il apparaît au médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé au médecin traitant de l'assuré

Le contrôle médical permet aux agents de la sécurité sociale de mieux gérer les transactions, ainsi il permet de réduire les tentatives de fraude

Ouvrages

1. BICHOT. J: L'économie de protection sociale, éd. Collin, 1992, p.158
2. 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 sociale des travailleurs salariés, conférence régionale de l'association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005.
3. BRAHAMIA. B.: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est Maghreb, op. cit. p 400.
4. BRAS P. L. : Financement des soins, pris en charge de la maladie, traité de santé publique, éd Flammarion, Paris 2004, p.156.
5. JOURDAIN. A: Equity of a health system, European journal of public health n ° 2, volume 10, Oxford University press, p.140.
6. KESLER D: L'avenir de la protection sociale, Editeur Plon, Paris, 1999.In Béjean S. : Economie du système de santé, éd. Economica, Paris, 1994, p. 91.
7. LAMRI. L: Monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS /EMRO, RESSMA, TUNIS, HAMMAMET: 14/16 novembre 2001.
8. LAMRI.L : « le système de sécurité sociale en Algérie ».éd : office des publications universitaires, Alger, 2004, p (19-23), (31-32), p94.
9. LAMRI: monographie de l'assurance maladie en Algérie, Alger, september2001, p7.
10. LEWIS. G. : Le développement des médicaments génériques en Europe, constat actuel, communications au séminaires de l'institut d'études des politiques de santé sur le thème « Quelle place pour les médicaments génériques en France », éd. Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1996, p 29.
11. LOTFI. B. Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, MARRAKECH mars 2009. P32.
12. MEKBEL Hamza. Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé, mémoire de magistère en science économique, université de Béjaïa, 2011. P172.
13. OUFRIHA. FZ : Revue du CREAD n° 19, 3ème trimestre 1989.

14. PHELPS. C : Les fondements de l'économie de la santé, édition : Publi Union, Paris, 1995, p 56.

15. SCHNEIDER. C. : Equité et économie de la santé : Entre positivité et normativité, acte des XIXe journées des économistes de la santé français : Dix ans d'avancées en économie de la santé, éd. John Libbey Eurotext, Lille, 1997, p.62

Thèses et mémoires

1. ABDELLI S : Essai d'analyse de la consommation de médicaments génériques en Algérie. Cas de la wilaya de Bejaïa : enquête auprès des ménages, des médecins et des pharmaciens de la ville de Bejaïa, documents Mémoire de Master en Sciences Économiques « Économie de la Santé », université de Bejaïa, 2013.

2. AOUDIA. M et BOUDELLA. S : Essai d'analyse de la compatibilité des services offerts par la carte CHIFA par rapport aux attentes des usagers : enquête dans la ville de Béjaïa

3. MEKBEL H : Essai d'analyse du rôle de l'Assurance Maladie dans le financement des soins de santé en Algérie, mémoire de Magistère en Sciences Economiques, Economie de la Santé et Développement Durable, université Bejaia, 2011.

4. Rapporte et documents Mémoire de Master en Sciences Économiques « Économie de la Santé », université de Bejaïa, 2013.

16. ZIANI F : Analyse de la consommation des médicaments en Algérie : Cas de la wilaya de Sétif, Mémoire de Magister en Sciences Economiques, « Economie de la Santé et Développement Durable » Juillet 2010

17. ZIANI Lila, ZIANI Farida, Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie, Université Bejaïa. 2011. P17.

Rapport et documents

1. ACHEUK-Yousef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence: Aspects opérationnels,.

2. CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CASNOS, 2007, p. 07.

3. CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CSANOS, 2007, p. 13.

4. CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CSANOS, 2007, p. 21.

5. CASNOS : Historique de la CASNOS, p.1.
6. Conseil National Economique et Sociale (CNES) : le médicament : plats forme pour un débat social, Alger 2003, p07.
7. Conseil National Economique et Social (CNES) : Le médicament, op. cit, p 27
8. Du fait que les degrés d'invalidité sont très variables, le législateur a dans le décret n°846-27 du 11 février 1984 défini cette notion comme suit : « est considéré comme étant d'invalidité, l'assuré présentant une invalidité réduisant au moins de moitié (50%) sa capacité de travail ou de gains, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque , un salaire supérieur à la moitié du salaire de poste d'un travailleur de la même catégorie dans la profession qu'il exerçant, soit à la date de soins reçus, soit à la date de la constatation médicale de l'accident ».
9. Employés des chemins de fer, des postes et télécommunications, des mines, des activités de mer...etc
10. Ismain, Samedi 10 Février 2018 - 17:17
11. Issa : « Carte à puce électronique: une pratique conçue et introduite pour l'amélioration et la modernisation du système des assurances sociales, Une pratique de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés », Algérie, 2011.
12. l'invalidité est une des formes de solidarité et de protection sociale la plus évaluée intervenue après la seconde guerre mondiale.
13. L'automédication est un traitement médicamenteux pris par un individu sans avis médical. Autrement dit l'automédication est un traitement pharmaceutique institué par le patient lui-même sans avoir, au préalable, eu un avis ni eu une prescription médicale.
14. le régime Algérien de sécurité sociale,
15. Le régime général a été créé pour aider les familles et garantir l'ensemble de la population contre un certain nombre de risques socio sanitaires. L'ambition était de regrouper les éléments successifs de protection sociale déjà mis en place pour certaines catégories professionnelles en un système unique et universel garantissant à tous, la même protection. Le régime général repose sur trois principes fondamentaux qui sont : la généralisation de la sécurité sociale à toute la population (l'universalité des risques) ; l'unité des institutions ; et, l'expression de la démocratie sociale.
16. le tarif de référence de remboursement des médicaments :est des montants de remboursement déterminés par groupe de produits dits similaires, c'est-à-dire ayant la même dénomination commune internationale(DCI),forme et dosage, et pour lesquels seuls les noms de marque différent.

17. Le ticket modérateur : Définition et règles de fonctionnement. In: <http://www.news-assurances.com/leticket->

18. Les 11 régimes de la sécurité sociale sont : le régime agricole, le régime des fonctionnaires, le régime des cheminots, le régime des personnels de service, le régime des mines, le régime des marins, le régime non salariés, le régime des étudiants, les militaires, les personnels non titulaire employés par l'Etat et les collectivités locales.

19. Les régimes spéciaux sont les régimes constitués avant 1945 au profit des salariés de certaines professions (mineurs, militaires de carrière, marins). Ils ont une autonomie complète. D'autres régimes, dits particuliers, ne sont que partiellement autonomes (étudiants, artistes, fonctionnaires).

20. MESS, Direction Générale de la CNAS, 2007 .P2.

21. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : « Les réformes du secteur de la Sécurité Sociale», Alger, 2013.

22. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : «la mise en place de la carte CHIFA en Algérie».

23. Modérateur-definition-et-règles-de-fonctionnement/016710384-

24. Nouvelle liste des médicaments remboursables, In : <http://www.dzmusique.com/news/nouvelle-liste-des-medicaments-remboursables-,182.html>

25. OIT : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, op. cit.

26. OMS : Assurance maladie universelle, OMS, Genève, Avril 2004, p. 1.

27. pour pouvoir utiliser la carte de la santé CHIFA, le médecin ainsi que les différents professionnels de santé doivent disposer d'une clé appelée « TOKEN » cette clé est composée d'une puce électronique mise dans une clé USB (cf. annexe 04, schéma n°4 : la clé « TOKEN », elle contient les informations nécessaires à l'identification du PS et détermine les autorisations nécessaires à l'exploitation du système CHIFA.

28. Réformes de l'assurance maladie: La Sécurité sociale payera vos soins.

Textes réglementaire

Lois

1. La loi n° 08-08 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, J.O.R.A. n° 11 02 /03/ 2008.

2. Par contre, la loi 83-15, qui a été abrogée par la loi 08-08. Elle précise le délai aux 08 jours après avoir pris l'avis du médecin-conseil.

Le décret

1. Le décret exécutif n° 09-73 du 11 Safar 1430 correspondant au 7 février 2009 fixant la composition l'organisation et le fonctionnement de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée en matière de sécurité sociale, J.O.R.A, n°10 du 11 février 2009.

2. Le décret exécutif n° 11-364 du 24 Dhou El Kaada 1432 correspondant au 22 octobre 2011 fixant les conditions et modalités d'inscription des médecins sur la liste des médecins experts en matière de contentieux médical de sécurité sociale ainsi que leurs droits et obligations , J.O.R.A , n°59 du 26/10/2011.

Article

1. L'art 19-20 du D.E n° 11-364, Op .Cit.

2. L'art 02 de la loi 08-08, Op. Cit.

3. L'art 02 du D.E 05-171, Op .Cit.

4. L'art 02 du D.E 09-73, Op .Cit.

5. L'art 03 du D.E 09-73, Op .Cit.

6. L'art 04 du D.E 09-73, Op .Cit.

7. L'art 05 du décret exécutif n° 05-171 du 28 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 7 mai 2005 fixant les conditions de fonctionnement du contrôle médical des assurés sociaux , J.O.R.A, n°33 de 8 mai 2005-

8. L'art 06 du D.E 09-73, Op .Cit

9. L'art 10 du D.E 05-171, Op .Cit.

10. L'art 14 du D.E 09-73, Op .Cit.

11. L'art 15 du D.E 09-73, Op .Cit.

12. L'art 16 du D.E n° 11-364, Op .Cit

13. L'art 17 du D.E n° 11-364, Op .Cit

14. L'art 18 du D.E n° 11-364, Op .Cit.

15. L'art 19 de la loi 08-08, Op .Cit.

16. L'art 20 de la loi 08-08, Op .Cit

17. L'art 21 de la loi 08-08, Op .Cit.

18. L'art 24 de la loi 08-08, Op .Cit.

19. L'art 25 de la loi 08-08, Op .Cit.
20. L'art 26 de la loi 08-08, Op .Cit.
21. L'art 26 du D.E n° 11-364, Op .Cit.
22. L'art 27 de la loi 08-08, Op .Cit.
23. L'art 29 de la loi 08-08, Op .Cit ; voir aussi En ce que concerné les honoraires dus des médecins experts L'arts 24-25-26 du D.E n° 11-364, Op .Cit.
24. L'art 31 de la loi 08-08, Op .Cit.
25. L'art 32 de la loi 08-08, Op .Cit
26. L'art 33 de la loi 08-08, Op .Cit.
27. L'art 35 de la loi 08-08, Op .Cit..
28. L'art 64 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, J.O.R.A. N° 28, du 05- 07- 1983 modifié et complété.
29. L'art 08-09 du D.E 09-73, Op .Cit
30. L'art 22-23 de la loi 08-08, Op .Cit.

Ordonnance

31. Ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975 portant code civil, (JORA N° 78 du 30-09-1975). Sécurité Sociale CNAS: Les prestations, Direction générale-département formation. Constantine, Mai 2000.

Site internet

www.unesco.org.

www.mtess.gov.dz.

www.mtess.gov.dz.

www.casnos.dz.

[www. Cleiss. Fr](http://www.Cleiss.Fr).

www.snapo.org.

Liste des figures et des tableaux

1) Liste des figures

Figure 1 : Les caisses de sécurité sociale

Figure 2 : La relation sécurité sociale-assuré-médecin

Figure 3 : Dispositif de la sécurité sociale

Figure 4 : La structure de paiement des pharmaciens conventionnés par la sécurité sociale

Figure 5 : Contrôle a priori et le Contrôle a posteriori

Figure 6 : les statistiques du contrôle a posteriori et a priori

Figure 7 : La procédure de l'expertise médicale

Figure 8 : Une procédure contentieuse devant la commission d'invalidité de la wilaya

2) Liste des tableaux

Tableau 1 : la liste des maladies chroniques

Tableau 2 : le contrôle a posteriori et a priori

Tables des matières

Dédicaces	I
Remerciements	II
Liste des abréviations	III
Sommaire	V
Introduction Générale.....	1
Chapitre I : : Le contrôle médical et la sécurité sociale	6
Introduction	6
Section1 : Notion générale sur la sécurité sociale en Algérie	7
1-1) La présentation de la sécurité sociale en Algérie	7
1-1-1) La situation de la sécurité sociale avant l'indépendance (1945-1962).....	7
1-1-2) Evolution du système de 1962 a1983.....	8
1-1-3) Etat des lieux de la sécurité sociale durant la période 1983- 1999	10
1-2) La réforme du système de la sécurité sociale en Algérie à partir de l'année 2000	11
1-2-1) Les objectifs de la réforme envisagée du système de la sécurité sociale en Algérie	11
1-2-1-1) L'amélioration continue de la qualité des prestations	12
1-2-1-2) La modernisation des infrastructures et la généralisation de l'outil informatique	12
1-2-1-3) La préservation des équilibres financiers des organismes de la sécurité sociale.....	12
Section 2 : Présentation de la Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS).....	13

Tables des matières

2-1) La CASNOS	13
2-2) Historique de CASNOS.....	13
2-3) Le mécanisme de recouvrement de la CASNOS.....	14
2-4) Fonctionnement administratif de la CASNOS	14
2-4-1) Le Conseil Administratif.....	14
1-4-2) Le Directeur Général.....	15
2-5) Attributions de la CASNOS	15
2-6) Moyens d'intervention de la CASNOS	15
2-7) Les missions de la CASNOS	16
2-8) Financement.....	17
2-9) Les différentes branches d'assurance sociale en Algérie	18
2-9-1) Maternité	18
2-9-2) Assurance décès	19
2-9-3) Assurance invalidité	19
2-9-4) Assurance vieillesse	20
2-9-5) Allocation de retraite.....	22
2-9-6) L'assurance maladie.....	23
2-9-6-1) Les principes de l'assurance maladie.....	23
2-9-6-2) Assurance maladie en Algérie : organisation, fonctionnement et financement.....	27
Section 3 : Généralité sur le contrôle médical	30

Tables des matières

3-1) Quelques définitions	30
3-1-1) Le contrôle.....	30
3-1-2) Médical.....	30
3-1-3) Le contrôle médical	30
3-2) Présentation du contrôle médical.....	31
3-2-1) Le rôle du contrôle médical	31
3-2-2) Structure et organisation.....	31
3-2-3) Ordonnances prises en charge	31
3-3) Les missions de contrôle médical	33
Conclusion.....	34
Chapitre II : la sécurité sociale face au contrôle médicale	35
Introduction	35
Section1 : Le contrôle médical et la question du remboursement de médicament	36
1-1) Le médicament dans les dépenses de santé	36
1-1-1) Les dépense de l'Etat.....	36
1-1-2) Les dépenses des ménages	36
1-1-3) Les dépenses de sécurité sociale	37
1-2) Les moyens de remboursements des médicaments	37
1-2-1) Le système de tiers payant	37
1-2-2) L'introduction de la carte CHIFA au niveau de la sécurité sociale	38

Tables des matières

1-2-2-1) La carte CHIFA.....	39
1-2-2-2) La mise en place de la carte CHIFA	39
1-2-2-3) La mise à jour des cartes CHIFA	39
1-2-2-4) Utilisateur de la carte CHIFA	40
1-2-2-5) Les objectifs de la Carte CHIFA.....	41
1-3) Les frais de remboursements	42
1-3-1) Le tarif de référence	42
1-3-2) L'application du tarif de référence	42
1-3-3) Détermination des tarifs de référence.....	43
1-3-4) Méthode de calcul des tarifs de référence	43
1-3-5) Tarif Forfaitaire de responsabilité TFR.....	44
1-4) Les médicaments remboursables et non remboursables.....	44
1-4-1) Les médicaments remboursables.....	44
1-4-1-1) Taux de remboursement.....	45
1-4-1-2) Nature de la prestation	45
1-4-2) Les médicaments non remboursables.....	47
Section2 : Le fonctionnement du contrôle médical avec les médecins traitants et pharmacies conventionnées	49
2-1) Conventione de médecin traitant avec l'organisme.....	49
2-1-1) Le conventionnement du médecin traitant	49

Tables des matières

2-1-2) Rôle du médecin traitant	50
2-2) Les officines pharmaceutiques conventionnées	51
2-2-1) Le fonctionnement de l'officine pharmaceutique conventionnée	52
2-2-2) Les modalités de l'officine pharmaceutique conventionnée	52
2-3) Relation pharmacien-malade- sécurité sociale	54
2-3-1) Relation pharmacien-malade.....	54
2-3-2) Relation Pharmacien –Sécurité sociale	55
2-3-2-1) Insuffisance d'information et de concertation	55
2-3-2-2) Litiges	55
2-3-2-3) Retard de paiement	55
Section3 : Le déroulement de contrôle médical dans l'organisme de sécurité sociale.....	57
3-1) Le Service Médical donner un avis dans deux situations avant ou après paiement des Prestations	57
3-1-1) Les avis après paiement des prestations contrôle à posteriori.....	57
3-1-2) Les avis avant paiement des prestations contrôle à priori.....	58
3-2) Le service médical peut donner 2 types d'avis favorable ou défavorable.....	60
3-2-1) Avis favorable	61
3-2-2) Avis défavorable	61
3-2-2-1) Rejet d'ordre administratif.....	61
3-2-2-2) Rejet d'ordre médical.....	61

Tables des matières

3-3) Les objectifs principaux de contrôle médical de la sécurité sociale.....	61
3-3-1) La lutte contre les fraudes	61
3-3-2) La lutte contre le travail informel.....	61
3-3-3) Le renforcement du contrôle médical.....	62
Conclusion.....	63
Chapitre III : Le principe fonctionnement de contrôle médical a l'organisme de sécurité sociale (CASNOS)	64
Introduction	64
Section1 : Le règlement interne de contentieux médicale en matière de sécurité sociale....	65
1-1) Commission local de recours préalable qualifiée (CLRPQ) et Commission national de recours préalable qualifiée (CNRPQ)	65
1-1-1) Commission local de recours préalable qualifiée (CLRPQ)	65
1-2) Commission national de recours préalable qualifiée (CNRPQ).....	65
1-2) Procédure de l'expertise médicale.....	65
1-2-1) Demande de l'expertise et désignation d'un médecin expert	65
1-2-1-1) La demande d'expertise médicale	65
1-2-1-2) Désignation d'un médecin expert	66
1-2-2-2) La mission d'un médecin expert et les effets de l'expertise médicale	67
1-2-2-1) La mission d'un médecin expert.....	67
1-2-2-2) Les effets de l'expertise médicale	68

Tables des matières

Section2 : le contrôle médical a la commission d'invalidité de la wilaya.....	70
2-1) Les règles de composition, d'organisation et le fonctionnement	70
2-1-1) La composition de la commission d'invalidité de wilaya qualifiée est fixée comme suit	70
2-1-2) L'organisation et fonctionnement de la commission	71
2-2) Procédures et délais de recours devant la commission.....	72
2-2-1) La contestation devant la commission	72
2-2-2) La décision de la commission	73
2-2-3) La notification des décisions	73
2-3) L'assuré peut-il adresser lui-même la demande de pension d'invalidité à l'organisme de sécurité sociale ?	74
2-3-1) Dans quels cas la pension d'invalidité est refusée ?.....	75
2-3-2) La pension d'invalidité n'est pas définitive	75
2-3-3) Notification de l'invalidité par l'organisme de sécurité sociale, après avis du médecin conseil	76
2-3-4) Comment régler ces litiges ?	76
2-4) La commission d'invalidité de wilaya.....	77
2-4-1) Le rôle de la commission d'invalidité	77
2-4-2) Notification de la décision de la commission d'invalidité	77
2-5) La section sociale du tribunal compétent	77
2-5-1) La requête introductive d'instance	78

Tables des matières

2-5-2) La sentence judiciaire 78

Conclusion..... 79

Conclusion générale 80

Liste des figures et des tableaux

Bibliographie

Annexes

Résumé

Résumé

Le contrôle médical de la sécurité sociale organise au plan national et local, selon une structure pyramidal qui compose par deux leviers par l'application de la réglementation et par les bonnes pratiques médical qui confie a des médecins conseils, le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui concerne l'ensemble des prestation d'assurance maladies, maternité et invalidité, constate par ailleurs les abus en matière de soins de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes ,procède a analyse sur le plan médical est exerce soit a la demande de la caisse soit sur l'initiative de médecin conseil et sur le plan administrative qui consiste a vérifier si l'assure respect les obligations qui lui impose par la législation et la réglementation, les avis rendus par le service du contrôle médical s'imposent a l'organisation de prise si a vue des dépenses présenter au remboursements ou de la fréquence des prescription d'arrêt de travail,

On résulte que le contrôle médical de la sécurité sociale estime nécessaire de procéder a une évaluation de l'intérêt thérapeutique et qui permet de gère les transactions et de réduire les tentatives de fraudes sert à protéger la sécurité sociale

Mot clés : la sécurité sociale ; le contrôle médical ; le remboursement des médicaments

Summary

The medical supervision of social security organizes at the national and local levels, according to a pyramidal structure which consists of two levers through the application of the regulations and by the good medical practices which entrusts to medical advisers, the medical control concerns all the elements of a medical nature which concerns the whole of sickness, maternity and invalidity insurance benefits, notes moreover the abuses in the care of prescription of work stoppage and application of the pricing of the acts, carries out analysis medically is exercised either at the request of the fund or on the initiative of the medical officer and the administrative plan which consists in verifying whether the insured fulfills the obligations which it imposes by law and regulation, the opinions given by the service of the medical control is imposed on the organization of taking if sight of the expenses to present to the refunds or the fréquence nce work stop prescription, As a result, the medical control of social security considers it necessary to carry out an evaluation of the therapeutic interest and which makes it possible to manage the transactions and to reduce the attempts of fraud serves to protect the social security

Key words: social security; medical control; drug reimbursement