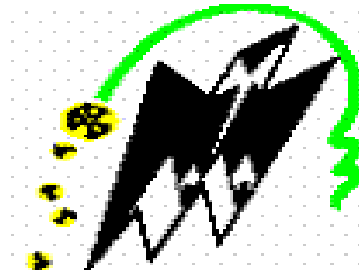


Université MOULOUD MAMMERI de Tizi-Ouzou
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion
Département des Sciences Economiques



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du diplôme

Master en Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé

Sujet

**La contribution de la sécurité sociale au financement
du système de santé en Algérie : Un droit de regard**

Présenté par :

— M^{elle} AKKOU Lydia
— M^{elle} FERHAOUI Nabila

Dirigé par :

— Mr SALMI Madjid

Date de soutenance : 30/11/2016

Promotion 2015-2016

Remerciements

Avant tout nous remercions le bon Dieu notre créateur de nous avoir donné la force, la volonté et le courage afin d'accomplir ce modeste travail.

La réalisation de ce mémoire est rendue possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toutes nos reconnaissances.

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à nos chers parents qui nous ont toujours soutenus et encouragés.

Nous tenons à remercier notre enseignant, directeur de recherche et responsable de la spécialité Economie de la santé le Docteur SALMI Madjid pour les conseils qu'il nous a prodigués tout au long de la réalisation de ce travail de recherche.

Nous remercions également notre enseignante et chef de département des sciences économiques M^{me} SALMI Samya pour sa disponibilité et tous les efforts fournis afin de mener à bien notre formation en Master.

Nous voudrions témoigner toute notre gratitude aux membres de jury pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'examiner et évaluer notre travail de mémoire.

Nos sincères remerciements sont adressés aussi au personnel de la direction de la sécurité sociale de Ben Aknoun plus précisément M^r BOUZAR directeur des études statistiques et organisation, D^r MALKI, M^r AKROUR responsable de la communication et M^{me} BELKACEM Nabila pour leur gentillesse et leur aide.

Nos particuliers remerciements vont également aux personnels de la bibliothèque de l'université de Bejaia et de l'école nationale de management et l'administration de la santé, à ceux des services budget, des statistiques au niveau du MSPRH, au personnel du bureau des entrées de CHU de Tizi-Ouzou ainsi qu'aux chargés de la documentation de l'agence de la CNAS d'Alger.

Dédicaces

A mes très chers parents

A mes sœurs

A mes amis

Nabila

A mes très chers parents

A mes frères et sœurs

A mes amis

Lydia

Résumé

Le financement du système de santé en Algérie est assuré par l'Etat, les ménages et la sécurité sociale. La contribution de cette dernière se fait essentiellement à travers : les remboursements des soins et des médicaments, les transferts des malades pour soins à l'étranger et en participant au financement du budget de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une contribution annuelle, forfaitaire et préétablie appelée « forfaits hôpitaux ». Ces derniers sont en progression continue d'une année à une autre depuis leur institution en 1973, ce qui constitue une dette énorme pour les caisses de la sécurité sociale.

En guise de réforme du système de santé, la loi de finances de 1992 a introduit le principe de la contractualisation des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé comme nouvelle modalité de financement des activités de soins en remplacement du forfait hôpitaux.

L'objectif de ce travail de recherche, est de savoir si les organismes de sécurité sociale exercent un droit de regard sur la façon dont sont dépensées les ressources financières mises à la disposition des établissements publics de santé.

Mots clés :

Sécurité sociale, système de santé, établissements publics de santé, contribution, forfaits hôpitaux, contractualisation, droit de regard.

Abstract

The financing of the health system in Algeria is provided by the State, households and social security. The contribution of the latter is mainly through: reimbursement of care and medicines, transfers of patients for care abroad and by participating in the financing of the operating budget of the public health establishments through an annual contribution And pre-established called "hospitals packages". These last years are continuously increasing from the year to another since their institution in 1973, which is constituting a huge debt for the social security funds.

As a reform of the health system, the Finance Act of 1992 introduced the principle of contractualisation of relations between social security institutions and public health establishments as a new modality of funding for health care activities in place of the hospitals package deal.

The objective of this research work is to know whether the social security bodies have a right to control the way in which the financial resources made available to the public health establishments in Algeria are spent.

Keywords :

Social security, health system, public health institutions, contribution, hospitals packages, contractualisation, right of inspection.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : La ventilation des taux de cotisation au 01 Janvier 2016.....	23
Tableau 02: La répartition de la ressource humaine par secteur en Algérie au 31/12/2015...	40
Tableau 03 l'évolution des dépenses totales de santé en Algérie.....	41
Tableau 04: L'évolution des dépenses de santé en Algérie dans les deux secteurs public et privé.....	45
Tableau 05: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé.....	49
Tableau 06: La contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2016.....	52
Tableau 07: Les prix moyens de la journée d'hospitalisation (PMJH) en (DA).....	69
Tableau 08: Les cinq groupes de spécialités homogènes(GSH).....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 01: l'évolution des dépenses totales de santé en Algérie	41
Figure 02: l'évolution des dépenses de santé de secteur public et de secteur privé en Algérie	43
Figure 03: le financement de la santé en Algérie pour l'année 2011.....	48
Figure 04 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé (1974-20011).....	50
Figure 05 : Evolution de la contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2016.....	53

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 01: Organisation du système de sécurité sociale en Algérie.....	21
Schéma 02: Tutelles et principales structures de soutien.....	38
Schéma 03: Le principe de la contractualisation en Algérie.....	53
Schéma 04: La contractualisation en Algérie.....	65

Liste des abréviations

AMG: Assistance Médicale Gratuite

ANS: Agence Nationale du Sang

APC: Assemblée Populaire Communale

APN: Armée Populaire Nationale

BM: Banque Mondiale

CACOBATH: Caisse nationale des Congés payés et du chômage intempéries du secteur du Bâtiment des Travaux publics et de l'Hydraulique

CAPAS: Caisse d'Assurance et de Prévoyance des Agents de la Société nationale de l'Electricité et de Gaz

CASNOS: Caisse Nationale de Sécurité sociale des Non- Salariés

CAVNOS: Caisse d'Assurance Vieillesse des Non-Salariés

CGRA: Caisse Générale des Retraités de l'Algérie

CHU: Centre Hospitalo- Universitaire

CMS: Centres Médico-Sociaux

CNAC: Caisse Nationale de l'Assurance Chômage

CNAS: Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés

CeNEAP: Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la lanification

CNMA: Caisse Nationale de Mutualité Agricole

CNPM: Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance

CNR : Caisse Nationale des Retraites

CNT : Centre National de Toxicologie

CSSF: Caisse de Sécurité Sociale des Fonctionnaire

CSSM: Caisse de Sécurité Sociale des Mines

DA: Dinar Algérien

DAS: Direction d'Action Sociale

DCSSM: Direction Centrale des Services de Santé Militaire

DSPW: Direction de Santé et de la Population de Wilaya

DSS: Direction de la Sécurité Sociale

EH: Etablissement Hospitalier

EHU: Etablissement Hospitalier Universitaire

EHS: Etablissement Hospitalier Spécialisé

EPGS: Etablissement Public à Gestion Spécifique

EPH: Etablissement Public Hospitalier

EPS: Etablissement Public de Santé

EPSP: Etablissement Public de Santé de Proximité

FMI: Fond Monétaire International

FNRR: Fonds National de Réserves des Retraites

FPP: Forfait Par Pathologie

GSH: Groupe de Spécialités Homogènes

IDAAS: Identity-As-A-Service

INSP: Institut National de Santé Publique

IPA: Institut Pasteur d'Algérie

LNCP: Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques

MDN: Ministère de la Défense Nationale

MPTIC: Ministère des Postes et des Technologies de l'Information et des Communications

MSP: Ministère de la Santé de la Population

MSPRH: Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

PAS: Programme d'Ajustement Structurel

PCA: Pharmacie Centrale Algérienne

PCH: Pharmacie Centrale des Hôpitaux

PEV: Programme Elargi de Vaccination

PIB: Produit Intérieur Brut

PMJH: Prix moyen de la Journée d'Hospitalisation

OIT: Organisation Internationale du Travail

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SNMG: Salaire National Minimum Garanti

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE.....	A
CHAPITRE I : FONDEMENTS CONCEPTUELS DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE.....	01
I.1.Bref historique de la sécurité sociale dans le monde et en Algérie	03
I.2. Organisation et fonctionnement de la sécurité sociale en Algérie.....	11
I.3.Le financement et les dépenses de la sécurité sociale en Algérie	22
CHAPITRE II : LA CONTRIBUTION DE LA SECURITE SOCIALE AU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....	29
II.1.Evolution et organisation du système de santé en Algérie	31
II.2.Les dépenses de santé et leur financement en Algérie	40
II.3.La sécurité sociale et le financement du système de santé en Algérie.....	49
CHAPITRE III : LA CONTRACTUALISATION DES RELATIONS ENTRE LES BAILLEURS DE FONDS ET LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE EN ALGERIE.....	57
III.1.Le cadre conceptuel de la contractualisation en Algérie.....	59
III.2.Le processus de la mise en œuvre de la contractualisation en Algérie.....	66
III.3.Constraints et préalables A la mise en place de la contractualisation en Algérie.....	78.
CONCLUSION GENERALE.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXES	
TABLE DES MATIERES	

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé se définit comme « *un état de complet bien-être, physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹. Les sociétés modernes d'aujourd'hui rangent la santé parmi les quatre valeurs majeures qui les fondent avec l'emploi, la sécurité et le développement durable. Elle est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel.

Pour cela, chaque pays du monde œuvre à la mise en place d'un **système de santé** adéquat qui met en relation l'activité des professions de santé et celle des différents agents contribuant à son financement. Cet agencement complexe qui est le système de santé est défini comme étant « *un ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont le but est de réaliser les objectifs d'une politique sanitaire pertinente afin de sauvegarder et d'améliorer l'état de santé de la population* »².

Les différents systèmes de santé et de protection sociale dans le monde se sont basés sur les systèmes de santé européens qui sont structurés autour de deux archétypes : le modèle **Bismarckien** et le modèle **Béveridgien**. Le premier renvoie à des modes de prise en charge privilégiant la logique **assurantielle*** et le second à une logique **assistancielle****.

S'il s'agit en effet d'un bien précieux, comme le souligne l'adage "la santé n'a pas de prix", le coût de la santé est aujourd'hui au centre des préoccupations, du fait de l'insuffisance des ressources financières et l'accroissement continu des besoins, surtout avec le vieillissement de la population, l'augmentation du niveau de vie et de la morbidité.

En effet, l'Algérie comme tout pays en voie de développement a accompli des efforts considérables en matière de prise en charge sanitaire de la population. Depuis l'indépendance, le chantier de la reconstruction du système de santé est colossal, en termes, à la fois de structures à construire, et de facteur humain à former.

¹ www.who.int (consulté le 30.03.2016 à 12h 56).

² Idem

* La **logique assurantielle**, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenus (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les salaires (comme dans une assurance privée) et sont donc réservées à ceux qui cotisent.

** La **logique assistancielle**, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. La prestation assure alors un revenu minimum, qui ne couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé).

Introduction générale

La nationalisation des hydrocarbures en 1971, qui a amélioré incontestablement les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement économique et social du pays. Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle n°73-65 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires en 1973.

En parallèle, d'importantes transitions ayant un très fort impact sur le système de santé publique s'amorcent : une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies endémiques et une montée des maladies chroniques, une transition démographique avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population et une transition socio-économique caractérisée par une rareté des ressources financières, un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité.

Le système de santé en Algérie a connu de nombreuses transformations depuis l'indépendance. Jusqu'aux années 70, la croissance des dépenses de santé est invoquée comme critère comparatif de succès des systèmes de santé et on retire une certaine fierté à consacrer d'importants moyens à la santé. Depuis le début des années 80, cependant, ce sont plutôt les critères de maîtrise de dépenses et de modération de la consommation médicale qui témoignent du succès d'un système de santé.

En Algérie, le financement du système de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi de finances avec une contribution de l'État, une contribution de la sécurité sociale qui peut varier d'une année à l'autre et, enfin, par une participation des usagers qui est fixée par voie réglementaire, d'où un modèle de financement mixte qui tire ses ressources d'une part par la fiscalité nationale, et d'autre part des cotisations sociales.

Ces cotisations sociales sont des prélèvements obligatoires effectués sur les salaires, au profit des caisses de la sécurité sociale. Disons que la sécurité sociale est une institution officielle regroupant plusieurs organismes de gestion qui ont pour objet de protéger les citoyens contre les conséquences d'événements ou de situations qualifiées de risques sociaux (maladie, maternité, accidents du travail, invalidité, etc).

Le système de sécurité sociale en Algérie a connu deux périodes très distinctes : celle de la pluralité des régimes avant 1983 puis à partir de 1983, la période d'un système de sécurité sociale unifié. Le régime de sécurité sociale en Algérie a vocation de couvrir l'ensemble de la population résidant en Algérie: salariés, non-salariés et non actifs.

Introduction générale

Le financement de la sécurité sociale provient des cotisations qui sont à la charge des employeurs et des employés. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi.

Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé est faible, cela s'explique par la place occupée par l'Etat, en raison des excédents financiers de l'époque. Mais, à partir des années 80, marquées par la crise économique de 1986 qui a failli mettre l'Algérie en cessation de paiement, l'Etat s'est progressivement désengagé de ce secteur obligeant en quelque sorte la sécurité sociale à prendre le relais et les ménages à y contribuer même de façon symbolique. La part des ménages est devenue par la suite de plus en plus importante dès lors que les cliniques privées ont commencé à s'installer de plus en plus.

La sécurité sociale participe au financement des dépenses de santé, essentiellement à travers les remboursements des frais médicaux et des produits pharmaceutiques, les transferts des malades pour soins à l'étranger et les forfaits hôpitaux. Ces derniers constituent la contribution de la sécurité sociale au financement du budget de fonctionnement des EPS. Ce forfait a été mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins. Son montant est déterminé par la loi de finances, conformément à la réglementation en vigueur.

L'évolution croissante des forfaits hôpitaux constitue une menace pour l'équilibre des caisses de sécurité sociale vu qu'elle n'est en aucun cas en rapport avec celle de ses ressources. Devant cet état de fait, il s'est avéré nécessaire pour le gouvernement de prendre l'initiative d'entreprendre une dynamique de réforme du système de santé, en introduisant dans la loi de finances de 1992 le principe de la contractualisation des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins devant se traduire par un système de facturation en remplacement du «Forfait-Hôpitaux».

Problématique

Les rapports de la sécurité sociale avec le système de santé sont multiples et variés. Le plus important est sans aucun doute le mode de financement des établissements publics de santé caractérisé par une contribution annuelle forfaitaire et préétablie à travers les forfaits hôpitaux dont l'affectation se fonde sur des bases irrationnelles.

Introduction générale

Notre présent travail consiste à tenter d'étudier les spécificités de cette contribution. Nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question suivante :

La sécurité sociale a-t-elle un droit de regard et de contrôle sur la gestion des moyens financiers mis à la disposition des établissements publics de santé en Algérie ?

Hypothèses

Pour cerner la problématique de notre thème, il est important d'énoncer les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1: la sécurité sociale occupe une place importante dans le financement du système de santé.

Hypothèse 2: la contractualisation permet d'éviter les déséquilibres financiers des caisses de sécurité sociale.

Hypothèse 3: l'absence d'une volonté politique réelle et la faible concertation entre les acteurs peuvent freiner la mise en œuvre de la contractualisation.

Choix et intérêt du sujet de recherche

Le choix porté sur ce sujet, n'est pas un fait du hasard. Plusieurs raisons nous ont amené à porter la réflexion sur ce type de sujet. Ces raisons sont aussi pertinentes les unes que les autres.

D'abord, notre sujet de recherche s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. C'est un sujet intéressant et d'actualité malgré son ancienneté. En outre, il existe un déficit en matière de recherches académiques sur la contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie, dans la limite de nos connaissances.

Enfin, l'autre motivation majeure est l'importance de révéler si les organismes de sécurité sociale exercent un droit de regard sur la gestion des moyens financiers mis à la disposition des établissements publics de santé en Algérie.

Introduction générale

Objet du mémoire

Notre travail a pour objet d'étudier la contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé, et de savoir si elle dispose d'un droit de regard quant aux ressources allouées aux établissements publics de santé en Algérie.

Méthodologie de recherche

Pour mener à terme notre travail, nous avons adopté une méthodologie basée sur les éléments suivants :

Pour le cadre théorique, la méthode descriptive nous a permis d'apporter une vision globale sur les systèmes de sécurité sociale et de la santé en Algérie. Pour cela nous avons opté pour la consultation d'ouvrages, des articles de revues, des thèses et des mémoires, récoltés auprès de plusieurs bibliothèques nationales à savoir : l'université de Bejaia, l'université d'Alger, l'école nationale de management et d'administration de la santé (ENMAS) et l'école de la sécurité sociale. Ainsi, nous avons procédé à une collecte de données relatives à notre sujet de recherche, à travers l'exploitation, des rapports et documents, des communications, des textes réglementaires et des sites internet.

Quant au diagnostic de l'état des lieux nécessaire à l'appréhension de la réalité des rapports entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé en matière de financement en Algérie, nous avons réalisé une recherche documentaire, une collecte de données du terrain relatives au sujet et nous avons effectué des entretiens non-directifs avec des responsables des organismes suivants: le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), le Ministère de travail et de la sécurité sociale (MTSS), la Direction Générale de la CNAS de Ben Aknoun, la Direction Générale de la CNAS de Tizi-Ouzou et le bureau des entrées du CHU de Tizi-Ouzou.

Enfin, il est important de souligner les difficultés d'accès aux données chiffrées au sein de tous ces organismes et l'insuffisance de volonté de coopération de certains responsables.

Structure du mémoire

Pour mener à bien notre recherche et pour pouvoir apporter des éléments de réponses à notre problématique, nous avons jugé utile de structurer notre travail en trois chapitres :

Le premier chapitre est consacré à la présentation de la sécurité sociale en Algérie en termes de son évolution historique, de son organisation, de son financement et ses dépenses.

Introduction générale

Le deuxième chapitre, traite l'analyse de l'évolution de la participation de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé à travers les forfaits hôpitaux pour ensuite dégager les limites de ce mode de financement. Pour se faire, nous commençons d'abord, par une présentation du système de santé en Algérie, ensuite nous essayons de situer la contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie.

Enfin le troisième et dernier chapitre est réservé à la contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les EPS en Algérie. Plus concrètement, nous essayons de montrer la logique de la contractualisation, les étapes de sa mise en place ainsi que les contraintes et difficultés rencontrées.

**CHAPITRE I :
FONDEMENTS
CONCEPTUELS DE LA
SECURITE SOCIALE EN
ALGERIE**

Introduction

Dans leur vie courante ou dans leur activité professionnelle, les individus sont confrontés à un certain nombre de risques. Le besoin naturel de sécurité a conduit l'homme à inventer, à améliorer sans cesse les moyens de se protéger tels que l'assistance, la mutualité, l'épargne, etc.

Devant les besoins grandissants de la société ces formes de protection sociale ne suffisent plus pour remplir les exigences en matière de sécurité sociale. A partir de la fin du XIX^{ème} siècle, il y a eu l'apparition de la sécurité sociale comme elle est définie actuellement, qui est basée sur le principe de solidarité entre toutes les personnes (solidarité collective) afin que ces individus reçoivent des « ressources de remplacement ».

En Algérie, la sécurité sociale est introduite par la décision n°49/045 du 11 Avril 1949 rendue exécutoire par l'arrêté du 10 Juin 1949. Depuis sa création à nos jours, le système de sécurité sociale a connu un développement intense et continu, plus précisément depuis l'indépendance du pays en 1962. De grandes améliorations ont été enregistrées, parmi lesquelles nous citons notamment la tendance à la généralisation de la protection sociale par son extension à de larges catégories et la simplification des formalités pour l'ouverture des droits.

A travers ce chapitre nous exposons d'abord brièvement l'évolution historique de système de sécurité sociale en Algérie et par la suite nous présentons son organisation, son financement ainsi que ses dépenses.

I.1. Bref historique sur la sécurité sociale dans le monde et en Algérie

Avant d'aborder l'évolution historique de la sécurité sociale en Algérie, il est nécessaire de présenter brièvement son historique dans le monde.

I.1.1. Origine et développement de la sécurité sociale dans le monde

Dès l'époque lointaine et partout dans le monde, les hommes sont exposés à un certain nombre d'éventualités dont la réalisation entraîne soit, la perte ou la réduction du revenu professionnel, soit la baisse du niveau de vie en raison de dépenses exceptionnelles. Ces éventualités ne sont autres que les risques sociaux qui peuvent être, selon le cas, des événements heureux, comme la maternité, ou malheureux, comme la maladie, l'invalidité, le décès, le chômage, l'accident du travail ou encore neutres comme la vieillesse.

Autrefois, pour faire face à ces risques sociaux, des formes de protection sont conçues et mises en application par la société, le groupe ou la communauté en faveur de chaque individu en faisant partie. Au nombre de celles-ci, nous pouvons citer : l'entraide familiale, l'épargne, la mutualité et l'assistance. Ces formes de protection sont limitées en raison essentiellement de leurs caractères facultatifs ou volontaires et de leur limitation à quelques groupes ou catégories de population bien déterminées.

Outre les insuffisances révélées par des divers procédés classiques, la principale cause qui a progressivement contribué à la naissance de nouvelles techniques de garantie est l'émergence d'une société économique fondée sur de nouvelles formes de travail et -non plus sur l'exclusivité des travaux agricoles- suite au bouleversements économiques de XIX^{ème} siècle qui ont engendré la révolution industrielle comprenant concentration de machines et d'ouvriers et imposant des durées de travail journalières très longues vont occasionner régulièrement des accidents de travail dramatiques au terme desquels les victimes se trouvent tout simplement rejetés par leurs employeurs sans aucune espèce d'indemnisation³.

Cette importante misère de prolétariat urbain a provoqué rapidement un dépassement des anciennes techniques traditionnelles de protection sociale a ouvert la voie au mouvement syndical pour revendiquer des droits sociaux dans le but d'améliorer les conditions de travail et sécuriser le travailleur en lui offrant diverses prestations.

³HANNOUZ, Mourad., KHADIR, Mohammed. *Précis de sécurité sociale : à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux*. Alger : Office des Publications Universitaires, 1996, p. 3- 4.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

Dans cette dynamique, deux conceptions ont vu le jour respectivement en Allemagne et en Angleterre pendant deux périodes historiques différentes⁴.

Le premier système dit « Bismarckien », du nom du chancelier allemand Bismarck qu'est le premier à établir un large système d'assurance sociale au profit des travailleurs, et ce dans le but de prendre les risques sociaux qui peuvent être causés par l'industrie naissante. Dans ce cadre, Bismarck a lancé en 1881 une politique sociale qui s'est traduite par trois (03) lois votées portant sur : l'assurance maladie en 1883, l'assurance accident du travail en 1884 et en 1889 les assurances vieillesse et invalidité. Ce modèle instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle obligatoire et financées par des cotisations patronales et salariales. Ces cotisations sont proportionnelles aux salaires des affiliés et non pas aux risques.

Le second système dit « Beveridgien », du nom de son fondateur anglais Lord Beveridge 1942, qui à la demande de son gouvernement, rédige un rapport sur le système d'assurance maladie en s'inspirant des circonstances économiques ayant suivi la crise économique de 1929 et ses conséquences sur le niveau de chômage⁵. Il propose de le refonder sur trois principes qui deviendront autant des caractéristiques de ce système étant connus sous le nom des « **trois U** » : l'universalité, l'unicité et l'uniformité.

Les principes du rapport Beveridge peuvent se résumer ainsi : une sécurité sociale pour tous, étendue à l'ensemble de la population, sans distinction de classe ou profession et de tous les risques ; une sécurité sociale égalitaire, par l'uniformisation des prestations et des cotisations rendues indépendantes de la situation sociale et professionnelle des bénéficiaires, et une sécurité sociale unique, la gestion du système est assurée par l'Etat et son financement basé sur l'impôt⁶. Ces principes découlent de l'application du principe de la solidarité nationale qui tend à la garantie d'un minimum social à l'individu en tant que tel.

Ces deux systèmes ont inspiré la configuration des systèmes contemporains à travers le monde.

➤ **Formation du concept de sécurité sociale**

Si le chancelier Bismarck peut être considéré comme le père fondateur au cours des années 1880, l'expression « sécurité sociale » aurait été utilisée pour la première fois par

⁴ ROUABHI, Mohammed-Réda. *Le système de sécurité sociale en Algérie : évolution historique*. Alger : El-othmania, 2010, p. 13-14.

⁵ *Ibid.*, p.14.

⁶ AUDINET, Jacques. *Sécurité sociale*. Les cahiers de la formation administrative. Novembre 1947, p. 28.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

SIMON BOLIVAR lorsqu'il déclarait que « le système de gouvernement le plus parfait est celui qui engendre la plus grande somme de bien-être, la plus grande somme de sécurité sociale et la plus grande somme de sécurité politique »⁷. Mais elle n'apparaît officiellement dans un contexte juridique qu'à partir de 14 août 1935 avec le vote de la loi de sécurité sociale « Social Security Act » sous la présidence de Roosevelt suite aux revendications des travailleurs aux Etats-Unis, plus près encore, de l'entrée en vigueur de la loi néo-zélandaise du 14 septembre 1938⁸.

Le droit à la sécurité sociale est reconnu comme un droit de toute personne dans des textes fondamentaux de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme adoptée par les Nations-Unies le 10 décembre 1948 dans l'article 22 dispose notamment que « *toute personne en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale...* »⁹.

L'article 25 précise « *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires, elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* »¹⁰.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT), en sa qualité d'institution internationale contribue à sa manière au développement du concept de sécurité sociale et apporte sa contribution à l'édifice. En 1952 et par l'intermédiaire de sa « convention n°102 du 28 juin 1952 sur les normes minimales de la sécurité sociale », elle précise le niveau minimum des prestations de sécurité sociale et les conditions de leur attribution ainsi que les neuf branches principales dans lesquelles la protection sociale est garantie : les soins médicaux, la vieillesse, l'invalidité, le décès, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage et l'aide au revenu familial¹¹.

➤ Définitions de la sécurité sociale

Les notions de sécurité sociale et de protection sociale ont évolué au fil du temps et sont utilisées de diverses façons dans le monde entier. Toutefois, la sécurité sociale n'est pas

⁷ ROUABHI, Mohammed-Réda. *Op. cit.*, p.15.

⁸ GETTING, André. *La sécurité sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976, p.10

⁹ <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>. (Consulté le 22/05/2016 à 19h53)

¹⁰ Idem

¹¹ DOUBLET, Jacques. *Sécurité sociale*. 10^e éd. Paris: Presses Universitaires de France, 1972, p.759.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

la protection sociale, elle n'en est qu'une composante, la protection sociale recouvre plusieurs techniques de couverture sociale dont la complémentarité permet de composer un système.

Il n'existe aucune définition universelle de la sécurité sociale. Il est néanmoins possible d'en donner une définition suffisamment synthétique : « *la sécurité sociale est une institution ou un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de garantir collectivement les individus de toutes conditions pécuniaires, contre un certain nombre de risques de l'existence susceptibles de porter atteinte à leur sécurité économique et auxquels la société attache une importance particulière. Ces risques sont dits sociaux parce qu'ils sont mutualisés par la sécurité sociale au moyen des techniques particulières destinées à promouvoir la solidarité et la redistribution des revenus* »¹².

Selon le lexique d'économie, la sécurité sociale « *Au plan conceptuel, garantie d'un minimum social pour toute personne. Institutionnellement, ensemble des organismes ou des opérations de redistribution économique tendant à garantir aux individus les soins médicaux, à les protéger contre les risques de diminution ou de perte de son revenu dus à la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès et à l'aider à assumer ses charges familiales* »¹³.

I.1.2. Bref historique sur la sécurité sociale en Algérie

La sécurité sociale constitue une des réalisations les plus importantes des sociétés modernes. La plupart des pays, à des degrés inégaux de développement, se sont dotés d'un système de sécurité sociale. Pour le cas précis de l'Algérie, en se référant à des dates clés correspondantes à des mesures au plan de l'organisation et de la gestion du système de sécurité sociale nous pouvons distinguer trois périodes qui expriment des évolutions particulières : la situation avant l'indépendance, la période de 1962-1970 et la période de 1983 à nos jours.

I.1.2.1. La situation avant l'indépendance

L'histoire de sécurité sociale en Algérie ne date pas de l'indépendance, elle remonte à la période coloniale. Les premières lois sociales appliquées à l'Algérie sont comme pour la France les lois sur les accidents de travail et les allocations familiales. On remarque cependant, les délais très importants mis entre l'adoption d'une loi en métropole, et son application à l'Algérie. Ainsi, les législations sur les accidents de travail et les allocations familiales ont été mises en application à partir de 1920 et 1941, alors qu'elles étaient

¹²HUTEAU, Gilles. *Sécurité sociale et politiques sociales*. 3^e éd. Italie: Dollaz-Sirey, 2001, p. 09.

¹³ SILEM, Ahmed., ALBERTINI, Jean-Marie. *Lexique d'économie*. 6^e éd. Italie: Dollaz, 1999, p. 550-551.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

appliquées en France respectivement depuis 1898 et 1932. Ces premières mesures sociales vont bénéficier presque exclusivement aux salariés de la communauté européenne.

En réalité, la sécurité sociale n'est introduite en Algérie qu'en 1949 par la décision n° 49/045 du 11/04/1949 rendue exécutoire par l'arrêté du 10/01/1949, donc quatre années après sa création en France en 1945, sous le poids des luttes multiformes et souvent sanglantes menées par les travailleurs algériens contre le pouvoir colonial et le patronat. Cette législation a défini Onze (11) régimes de sécurité sociale de différents secteurs d'activités¹⁴: le régime agricole, le régime des fonctionnaires, le régime des cheminots, le régime des personnels des services d'électricité et de gaz, le régime des mines, le régime des marins pêcheurs, le régime des non-salariés, le régime des étudiants. Les personnels non titulaires, employés par l'Etat et les collectivités locales ainsi que par les hôpitaux relevaient d'un régime particulier où la retraite n'était pas similaire à celle des fonctionnaires. Concernant les militaires, ils disposaient d'un régime propre à eux.

Cette introduction a touché exclusivement les secteurs d'intérêt économiques coloniaux. Le secteur agricole, à main d'œuvre algérienne, était dès sa création amputé de la branche des allocations familiales et les conditions d'accès aux droits pour les autres branches étaient plus rigoureuses.

La gestion de ces régimes est organisée par (71) caisses de sécurité sociale, n'ayant pas le même statut. La gestion et le fonctionnement de ces différentes caisses relèvent du conseil d'administration qui est paritaire avec égalité de la représentation entre les travailleurs et les employeurs. Concernant le financement de la plupart des régimes de sécurité sociale relève des cotisations obligatoires des travailleurs et des employeurs exclusivement.

I.1.2.2. La sécurité sociale pendant la période 1962-1970

A l'indépendance, le système de sécurité sociale est donc marqué par la multiplicité de régimes (11 régimes de sécurité sociale), cette complexité de son organisation structurelle et son mode de financement a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changements indispensables, fondés sur le principe de solidarité.

Le système de sécurité sociale est reconduit dans son intégralité par l'ordonnance présidentielle du 31 décembre 1962¹⁵. La volonté de réorganiser le système s'est manifesté

¹⁴LAMRI, Larbi. *Le système de sécurité sociale en Algérie : approche économique*. Alger: Office des Publications Universitaires, 2004, p. 24-25.

¹⁵HANNOUZ, M., KHADIR, M. *Op.cit.*, p. 14.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

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, pour la région de l'est, CASORAN pour la région de l'Ouest, CASORAL pour la région de centre, dont la création procède de trois arrêtés de 23 janvier et 10 mai 1963¹⁶.

Plusieurs textes réglementaires et décrets sont promulgués tels que le 1^{er} décret de la période de l'indépendance n°63-457 du 14 novembre 1963 qui porte sur la création d'un établissement de protection sociale des gens de mer, sont promulgués ensuite, le décret n° 64-125 du 12 avril 1964 qui procède à un remaniement de la composition du conseil d'administration des caisses de sécurité sociale, le décret n° 64-364 du 31 décembre 1964 portant création de la caisse nationale de sécurité sociale et l'ordonnance de juin 1966 qui confie la gestion des accidents de travail aux caisses de sécurité sociale pour tous les régimes¹⁷.

On note deux changements importants au niveau structurel pour atténuer la disparité de système hérité de l'ère coloniale, durant cette période : le prolongement de la liste d'octroi des allocations familiales au secteur agricole en 1968 et la prise en charge par la sécurité sociale des accidents de travail. La gestion de ce risque par les caisses du régime général s'étant effectuée conformément à l'ordonnance de juin 1967.

En matière de financement, aucun changement notable n'est observé. Au demeurant, les caisses de la sécurité sociale continuent à disposer librement du placement de leurs fonds¹⁸.

I.1.2.3. La sécurité sociale pendant la période allant de 1970 au 1983

C'est à partir des années 1970 que la problématique de la réforme du système de sécurité sociale est posée. Cette refonte est basée sur les principes suivants: l'unification des structures, l'uniformisation des avantages et l'élargissement des bénéficiaires. Ces principes visent à donner au système national de sécurité sociale sa véritable mission historique, à savoir un puissant système de protection contre tous les aléas de la vie.

Les aménagements importants apportés à son mode d'organisation, au niveau de ses prestations et à l'élargissement de ses bénéficiaires, ne peuvent suffire et répondre aux exigences imposées par le développement économique et social du pays au cours de la

¹⁶ROUABHI M, R. *Op.cit.*, p. 35-36.

¹⁷SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de doctorat, sciences économiques, Tizi-Ouzou: Université Mouloud MAMMERI, 2003, p. 176.

¹⁸HANNOUZ, M. KHADIR, M. *Op.cit.*, p.15.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

période 1970-1980. C'est au niveau de l'organisation administrative que les réformes ont été les plus manifestés en rapport avec la promulgation d'une série d'ordonnances et de décrets :

Le décret n° 70-116 du 1^{er} août 1970 relatif à l'unification de l'organisation administrative de sécurité sociale sauf le régime agricole, celui des marins des cheminots et de la Sonelgaz. La nouvelle organisation voit aussi l'installation du conseil d'administration composé des représentants des employeurs et des salariés.

Le décret n° 70-89 du 15 décembre 1970 crée une caisse d'assurance vieillesse pour les non-salariés non agricoles. Le régime agricole est réorganisé par l'ordonnance du 05 avril 1971 qui l'a rendu identique au régime général et faire profiter les travailleurs agricoles de l'ensemble des avantages qu'offre le premier (assurance maladie, invalidité, décès, maternité et vieillesse).

L'ordonnance 74-80 du 30 janvier 1974 rattache l'ensemble des organismes de sécurité sociale sous la tutelle de ministère du travail et des affaires sociales, tandis que le régime agricole continue à relever du ministère de l'agriculture. Les travailleurs non-salariés ont également bénéficié de l'accès au bénéfice des assurances sociales, du fait du décret n° 74 - 87 du 17 septembre 1974.

En 1977, l'opération de décentralisation est lancée. Elle consiste à créer un organisme de sécurité sociale dans chaque wilaya¹⁹. Aucun changement n'est apporté au cours de cette période dans le financement du système de sécurité sociale à l'exception de relèvement à 2000 DA du salaire soumis à cotisation.

I.1.2.4. La sécurité sociale pendant la période allant de 1983 à nos jours

Ce n'est qu'en 1983, que le système de sécurité sociale est bouleversé par une réforme radicale du secteur avec l'apparition d'un ensemble de lois dites sociales.

Cette Période se caractérise par la dissolution de tous les régimes qui existent ultérieurement à 1983 et la constitution d'un régime unique caractérisé par l'uniformisation des cotisations et des avantages offerts aux travailleurs algériens indifféremment du secteur de leur profession et leurs ayants droit, ainsi qu'à d'autres franges de la population (handicapés, moudjahidine inactifs, détenus, etc).

Ainsi les reformes du système de sécurité sociale ont fait l'objet de 5 lois adoptées le 02 juillet 1983. Il s'agit des lois suivantes²⁰ : la loi n° 83-11 relative aux assurances sociales, la loi n° 83-12 relative à la retraite, la loi n° 83-13 relative aux accidents du travail et aux

¹⁹ Ministère de la santé, Direction générale de la sécurité sociale. *Sécurité sociale*, 1979, p.16.

²⁰ J.O.R.A du 5 juillet 1983.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

maladies professionnelles, la loi n° 83-14 relative aux obligations des assujettis en matière de Sécurité sociale et la loi n° 83-15 relative au contentieux en matière de la sécurité sociale.

L'unification des régimes et des organismes de sécurité sociale est réalisé par le décret n° 92-07 du 4 janvier 1992 qui définit le statut juridique des caisses de sécurité sociale, leur organisation administrative et financière. Ce texte organise la sécurité sociale en trois organismes : la caisse nationale de l'assurance sociale (CNAS), la caisse nationale de retraite (CNR) ainsi que la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS).

La caisse est définie comme un organisme de droit privé, disposant de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Chaque caisse nationale est gérée par un directeur nommé par le ministre, assumant les pouvoirs de gestion et de représentation. La CNAS et la CNR dispose chacune d'un conseil d'administration dont la représentation est tripartite : travailleurs, employeurs et représentants de l'Etat.

Le conseil d'administration de la CASNOS est composé des différentes catégories professionnelles, formant le secteur commercial, artisanal, agricole, libéral,... etc. Le pouvoir de ce conseil d'administration est purement formel, limité à voter le budget, établir le règlement intérieur, proposer et émettre des avis.

Le changement à ce niveau est la fixation du taux de cotisation global à 29 % du montant du salaire de poste ainsi que la gestion directe des allocations familiales par les administrations et les établissements publics.

En 1994, suite aux licenciements massifs de travailleurs salariés du secteur économique décidés en application du plan d'ajustement structurel (PAS), une nouvelle caisse a été créée appelée caisse nationale d'assurance chômage (CNAC) ayant pour mission principale l'allocation de chômage des travailleurs ayant perdu leur emploi pour des causes économiques. Deux ans plus tard, on assiste de nouveau à la naissance d'une Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage intempéries du Secteur du Bâtiment des Travaux Publics et de l'Hydraulique (CACOBATPH) à travers l'ordonnance n°97-01 du janvier 1997²¹.

Ces cinq (05) caisses (CNAS, CASNOS, CNR, CNAC et CACOBATPH) forment le réseau de système actuel de sécurité sociale en Algérie.

²¹ ROUABHI, M R. *op.cit.*, p.134.

I.2. Organisation et fonctionnement de la sécurité sociale en Algérie

Le système de sécurité sociale est actuellement organisé autour de cinq (05) organismes (caisses) couvrant principalement tous les risques : la CNAS et la CASNOS couvrent les risques :soins médicaux,invalidité,décès,maternité,les accidents de travail et les maladies professionnelles. La CNR (Caisse Nationale de Retraite) pour l'assurance vieillesse,la CNAC (la Caisse Nationale de l'Assurance Chômage),et enfin, les congés payés sont à la charge de CACOBATH.

I.2.1. Les personnes couvertes par la sécurité sociale en Algérie

Les personnes couvertes par la sécurité sociale en Algérie sont²²:

➤ Les assurés sociaux

Ce sont ceux qui ont droits aux prestations sur leur propre compte, parce qu'ils ont cotisé. Ils constituent : les travailleurs salariés, les travailleurs non-salariés exerçant une activité professionnelle pour leur propre compte, les bénéficiaires des dispositifs d'insertion professionnelle (DAIP) ainsi que les catégories particulières qui comprennent: les travailleurs assimilés aux travailleurs salariés , les travailleurs exerçant des activités particulières et des personnes n'exerçant aucune activité professionnelle telles: les étudiants, les moudjahidine de la guerre de libération nationale ,etc.

➤ Les ayants droit d'assurés sociaux

La protection est accordée aux ayants-droit des assurés sociaux soient: le conjoint, les enfants et les ascendants à charge (les ascendants de l'assuré ou de conjoints de l'assuré lorsque leurs ressources personnelles ne dépassent pas 75% SNMG).

En outre, une couverture est accordée à la charge du budget de l'Etat aux personnes démunies non assurées sociales, notamment en matière de soins de santé²³.

²² Les caisses algériennes de sécurité sociale, le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord. *Présentation générale des principales réformes de sécurité sociale adoptées en Algérie[en ligne]*. In : Séminaire technique sur les réformes de la sécurité sociale, Alger, 25- 26 octobre 2010. P.1-53. Format PDF. Disponible sur : http://www.coopami.org/fr/countries/countries/algeria/social_protection/PDF/social_protection07.pdf. (Consulté le 01/04/2016 à 19h02).

²³ ABDERRAHMANE, Djoher., SALEM, Abdelaziz. *L'intervention de l'état en matière de sécurité sociale Algérienne[en ligne]*. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ucam.ac.ma/> .(consulté le 12/04/2016 à 19h44).

I.2.2. Organisation de la sécurité sociale en Algérie

Le système de sécurité sociale actuel comprend cinq(05) caisses autonomes: CNAS, CASNOS, CNR, CNAC et CACOBATPH.

Ces cinq caisses sont sous la tutelle du ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, et elles sont dotées d'un statut particulier: Etablissement Public à Gestion Spécifique (EPGS)²⁴. Ce statut spécifique soumet ces caisses au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers. Ceci s'explique par le fait que les ressources ne proviennent pas des prélèvements fiscaux (impôts) mais aussi des prélèvements sociaux obligatoires (cotisations sociales des travailleurs et des employeurs).

I.2.2.1. La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)

Elle est à la fois la plus ancienne et la plus importante par rapport aux autres caisses du système de sécurité sociale. En vertu de l'article 08 du décret portant son statut juridique (décret n° 92-07 du 04 janvier 1992), la CNAS a pour mission, dans le cadre des lois et règlements en vigueur²⁵ :

- de gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les allocations familiales et les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale;
- d'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues aux alinéas précédents l'information des bénéficiaires et des employeurs;
- la mise en œuvre d'actions visant à organiser le contrôle médical, à prévenir les risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles;
- d'entreprendre des actions sous forme de réalisations à caractère sanitaire et social ainsi que des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire;
- de procéder à l'immatriculation des assurés sociaux et des employeurs et de les doter d'un numéro national.

²⁴LAMRI, L. *Op.cit.*, p. 41.

²⁵Art 08 du Décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale. Journal officiel de la république algérienne, n°2, 08/01/1992,

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

Pour une bonne prise en charge médicale et sociale de ses bénéficiaires, la CNAS dispose d'un ensemble de structures : deux (02) hôpitaux spécialisés en chirurgie cardio-pédiatrique et en chirurgie orthopédique, une clinique de chirurgie ORL, un centre de rééducation et de réadaptation professionnelle, 37 Centres Médico-Sociaux (CMS) et 60 pharmacies. Quant aux structures sociales, elles disposent de 34 crèches pour enfants et un complexe touristique²⁶.

I.2.2.2. La caisse nationale de sécurité sociale des non salariés (CASNOS)

Dans le cadre de la loi et de la réglementation la CASNOS est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non salariés (commerçant, artisans, industriels, agriculteurs et professions libérales).

Elle a pour missions :

- de gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales ainsi que les pensions et les allocations de retraites des non salariés ;
- d'organiser, de coordonner et d'exercer le contrôle médical ;
- de procéder à l'immatriculation des assurés sociaux bénéficiaires et d'assurer en ce qui la concerne, l'information des bénéficiaires.

I.2.2.3. La caisse nationale de retraite (CNR)

La CNR est l'une des plus anciennes des caisses de sécurité sociale. Elle est créée par le décret n° 85-223 du 20 avril 1985, modifié par le décret de 92-07 du 04 janvier 1992. Elle a pour attributions dans le cadre des lois et règlements en vigueur²⁷:

- de gérer les pensions et allocations de retraite, ainsi que les pensions et allocations des ayants droit;
- d'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de retraite;
- de mettre en application les dispositions relatives à la retraite prévues par les conventions et accords internationaux de sécurité sociale;
- d'assurer, en ce qui la concerne, l'information des bénéficiaires et des employeurs;

²⁶FOUDI Brahim, *La contractualisation dans le système de santé Algérien et Marocain : Etat des lieux*, mémoire de magister, Economie de la santé et développement durable, Bejaia: Université Abderrahmane Mira, 2011, p. 113.

²⁷ Art 09 du décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des Caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale. Journal officiel de la république algérienne, n°2, 08/01/1992.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

- de gérer jusqu'à extinction des droits des bénéficiaires les pensions et allocations servies au titre de la législation antérieure au 1^{er} janvier 1984 ainsi que le fonds d'aide et de secours en application de l'article 52 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 susvisée et par ses textes d'application.

I.2.2.4. La caisse nationale d'assurance chômage (CNAC)

Elle est créée en 1994 par le décret exécutif n° 94-188 du 6 juillet 1994²⁸, elle se charge de :

- _ Tenir à jour le fichier de ses affiliés et d'assurer le recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de chômage ;
- _ Organiser le contrôle prévu par la législation en vigueur en matière d'assurance chômage ;
- _ Constituer et maintenir un fonds de réserve pour lui permettre , en toute circonstance, de faire face à ses obligations vis-à-vis des bénéficiaires.

Cette caisse bénéficie de deux sources de financement : un pourcentage tiré des cotisations sociales et un préfinancement versé par les entreprises devant libérer des effectifs ou ayant été dissoutes.

I.2.2.5. La Caisse nationale des Congés payés et du chômage intempéries des secteurs du Bâtiment, des Travaux Publics et de l'Hydraulique (CACOBATPH)

C'est la dernière née des caisses de sécurité sociale. Elle est créée par le décret n° 97-45 du 04 février 1997 et elle a pour missions ce qui suit :

- La gestion des congés payés et du chômage intempérie des travailleurs des structures du bâtiment, des travaux publics et d'hydraulique ;
- Procéder aux recouvrements des coûts par les cotisations et constituer un fonds de réserves pour pouvoir faire face aux paiements de ces indemnités ;
- Contribuer à la création d'un fonds de couverture sociale au profit des travaux de son domaine de compétence et à leur ayant droit²⁹.

²⁸ ROUBHI, M R. Op.cit., p.127.

²⁹ Ibid, p.135.

I.2.3. Le fonctionnement du système de sécurité sociale en Algérie

On peut distinguer deux modes de fonctionnement du système de sécurité sociale en Algérie : par branches et par régimes.

I.2.3.1. Fonctionnement par branches d'assurance

Le système actuel de sécurité sociale comprend cinq (05) branches chacune couvrant un ou plusieurs risques particuliers définis par la convention n°102 de l'organisation internationale du travail (OIT) à savoir les risques: maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, la vieillesse, chômage et les charges familiales.

Ces branches sont : branche assurance sociale, branche d'assurance vieillesse, branche d'accident du travail et maladie professionnelle, branche d'allocation familiale et branche d'assurance chômage.

➤ La branche d'assurance sociale

Expression générique englobant les risques : de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès. C'est la branche la plus importante comparativement aux autres, d'après le nombre d'assurés qu'elle prend en charge. Elle concerne à la fois les salariés (CNAS) et les non-salariés (CASNOS).

❖ Assurance maladie

L'assurance maladie se présente comme « *une garantie contre les risques liés à tous les états pathologiques ou traumatiques nécessitant des soins et éventuellement, un arrêt de l'activité professionnelle à l'exclusion de ceux qui sont soumis aux dispositions d'une législation particulière : accidents de travail et maladies professionnelles, pensions militaires ou d'invalidité* »³⁰.

Les conditions de l'assurance maladie restent liées à l'emploi. Les droits diffèrent selon la nature des prestations. Les prestations en nature, c'est-à-dire le remboursement des soins médicaux est de 80 % de la facture, les 20 % restant à la charge de l'assuré sauf pour les personnes atteintes de maladie chronique et les titulaires de pension de retraite ou d'invalidité dont le revenu est égal ou inférieur au SNMG où ce taux est porté à 100%.

³⁰HANNOUZ, M. KHADIR, M. *Op.cit.*, p.32.

Les prestations en espèces prennent la forme d'indemnités journalières versées au travailleur salarié en compensation de la perte de son salaire due à la maladie. Ce sont en fait des revenus de remplacement. Il y a pas de versement d'indemnités journalières aux travailleurs non-salariés par la CASNOS.

En cas de maladie de longue durée ou d'hospitalisation, le taux de 100% est applicable à compter du premier jour d'arrêt du travail, pendant une période d'une durée maximale de trois (03) ans, calculée de date à date pour chaque affection³¹.

❖ Assurance maternité

Ces avantages portent sur le remboursement des soins et frais médicaux et pharmaceutiques engagés pour la grossesse et l'accouchement. Elle permet de bénéficier des remboursements qui s'effectuent au taux de 100% des tarifs réglementaires. Les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sont également remboursés à 100 % pendant une durée maximale de huit jours³².

Si la maman est une travailleuse salariée, elle bénéficie d'un congé de maternité d'une durée de 14 semaines (98 jours), et durant cette période les indemnités journalières sont réglées à 100% du salaire soumis à cotisations net³³. Il n'y a pas de versement d'indemnité au titre d'assurance maternité aux non-salariés³⁴.

❖ Assurance invalidité

L'assurance invalidité est conçue comme une matière de compenser cette perte totale ou partielle de revenu à l'assuré contraint d'interrompre son travail pour cause d'invalidité réduisant au moins de moitié sa capacité de travail ou de gain³⁵. Les invalides et les pensions d'invalidité sont classés en trois (03) catégories³⁶ :

- ✓ *Première catégorie* : Invalides capables d'exercer encore une activité ; le montant de la pension est égal à 60 % du salaire annuel moyen soumis à cotisation après déduction de l'impôt et de la cotisation de sécurité sociale.
- ✓ *Deuxième catégorie*: Invalides absolument incapables d'exercer une activité ; le taux de la pension est de 80% du salaire annuel moyen soumis à cotisation après déduction de l'impôt et de la cotisation de sécurité sociale.

³¹ Art 14 de la loi 83 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales

³² Art 26 de Journal officiel de la république algérienne. N° 28 du 05-07-1983

³³ Art 27 de Journal officiel de la république algérienne. N° 28 du 05-07-1983

³⁴ LAMRI, L. *Op.cit.*, p.99.

³⁵ Ministère de la santé et des affaires sociales. *Circulaire général d'application des lois de sécurité sociale* [en ligne]. Alger : 1991. Format PDF, p 10. Disponible sur : <http://www.google.com/url?sa> (Consulté le 12/04/2016 à 19h47)

³⁶ Art 37 ; 38 ; 39 de la loi 83 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales

- ✓ *Troisième catégorie:* Invalides absolument incapables d'exercer une activité, et qui est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Le taux de la pension est de 80%, plus une majoration de 40% de la pension pour l'assistance d'une tierce personne.

La pension d'invalidité est remplacée à partir de l'âge de la retraite par une pension de retraite³⁷ et en cas du décès du bénéficiaire, les ayants droits peuvent disposer d'une pension d'invalidité du réversion³⁸.

❖ Assurance décès

L'assurance décès garantie le paiement d'un capital décès aux ayants droit de l'assuré juste après son décès en une seule fois³⁹, et en cas de pluralité des ayants droit, le capital est réparti entre eux à parts égales⁴⁰.

Le montant est fixé à douze (12) fois le montant du salaire mensuel soumis à cotisation le plus favorable perçu durant l'année précédant le décès, sans qu'il puisse être inférieur au montant annuel du Salaire National Minimum Garanti (S.N.M.G), ou 12 fois le montant mensuel de la pension ou de la rente s'il s'agit d'un retraité, d'un invalide ou d'un titulaire d'une rente d'accident du travail et de maladie professionnelle⁴¹. S'il s'agit d'un travailleur non salarié, le montant du capital décès est égal au revenu annuel soumis à cotisation⁴².

➤ La branche assurance vieillesse (retraite)

Les prestations assurées par cette branche sont constituées de pension de retraite et d'allocation de retraite.

Pour bénéficier d'une pension de retraite, le travailleur doit remplir les deux conditions suivantes : être âgé de soixante (60) ans au moins pour l'homme (65ans pour les non-salariés) et cinquante-cinq (55) ans pour les femmes (60 pour les non-salariés) et avoir

³⁷ Art 46 de la loi 83 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

³⁸ Art 40 de la loi 83 du 02 juillet relative aux assurances sociales.

³⁹ Art 49 de la loi 83 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

⁴⁰ Art 50 de la loi 83 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

⁴¹ MENDIL, Djamil. *Adaptation du mode de financement de la sécurité sociale en contexte économique vers l'économie de marché cas de l'Algérie*. Mémoire de magister, sciences économiques : gestion du développement, Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2002, p. 42.

⁴² Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale. *Présentation du système de sécurité sociale* [En ligne]. Algérie : 2010. Format PDF. Disponible sur : http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/presentation_securite_sociale_algerie.pdf. (Consulté le 14 /03/2016 à 12h06).

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

travaillé pendant au moins quinze (15) ans. Cependant la condition d'âge n'est pas exigée si le travailleur salarié a réuni trente-deux (32) ans d'activité ayant données lieu à versement de cotisations. Les travailleurs occupés dans des emplois présentant des conditions particulières de nuisance, bénéficient de la pension avant l'âge prévu.

Lorsque le travailleur âgé au moins de 65 ans, qui ne réunit pas à cet âge 15 ans d'activité mais justifie d'au moins 05 ans de travail, il peut bénéficier d'une allocation de retraite calculée dans les mêmes conditions que la pension de retraite⁴³. Les ayants droit d'un titulaire d'une allocation de retraite décédé, peuvent prétendre au bénéficiaire d'une allocation de retraite de réversion.

➤ **La branche d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles**

C'est une branche de la sécurité sociale qui vise à couvrir les risques qui peuvent atteindre l'état physique de l'assuré suite à l'exercice de son métier.

La législation sur les accidents de travail et maladies professionnelles permet aux victimes de bénéficier des remboursements des frais médicaux au taux de 100% des tarifs réglementaires et de recevoir une indemnité journalière pour compenser la perte de salaire, versé au taux de 100% du salaire de référence. Cette indemnité est payée à partir de premier jour qui suit l'arrêt.

Dans le cas d'une incapacité permanente, la victime recevra une rente mensuelle en vue de l'indemniser de la réduction de sa capacité de travail mais à condition que le taux d'invalidité soit égal ou supérieur à 10% dans le cas contraire il y a juste paiement d'un capital représentatif de rente⁴⁴. En cas d'accident du travail mortel, les ayants-droit de la victime bénéficient d'un capital décès mensuel⁴⁵.

➤ **La branche allocation familiale**

Les prestations familiales, qui comprennent les allocations familiales et la prime de scolarité, représentent un revenu de complément pouvant aider les travailleurs salariés chargés de famille à assurer la satisfaction des besoins propres l'enfant.⁴⁶

⁴³Ministère de la santé et des affaires sociales. *Circulaire général d'application des lois de sécurité sociale* [en ligne]. *Op.cit.*, p.19.

⁴⁴Dépliant CNAS assurance accidents de travail et maladie professionnelles.

⁴⁵MENDIL, D. *Op.cit.*, p.43.

⁴⁶Dépliant CNAS assurance allocation familiale.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

Les bénéficiaires des allocations familiales sont les enfants, toutefois, ces derniers font valoir leurs droits par l'intermédiaire d'une personne qui remplit les conditions pour ouvrir droits aux allocations familiales qui est en règle générale, l'allocataire ou dans certains cas l'attributaire. L'âge limite pour bénéficier de ces allocations familiales est 17 ans avec possibilité de prolongation jusqu'à 21 ans en cas de poursuite d'études, de formation ou de maladie de l'enfant concerné.

➤ La branche assurance chômage

Cette protection est prévue dans le cas de perte de l'emploi pour raison économique et de façon involontaire à la suite de compression d'effectifs ou de cessation d'activité de l'employeur.⁴⁷

Le montant de l'indemnité est calculé sur la base d'un salaire de référence .Ce dernier est égal à la moitié de la somme du salaire mensuel moyen des 12 derniers mois et du SNMG⁴⁸. L'indemnité chômage est limitée financièrement et dans le temps : elle ne peut être inférieure à 75 % du SMNG, ni supérieure à trois (03) fois celui-ci et sa validité est comprise entre un minimum de 12 mois et un maximum de 36 mois⁴⁹.

Les bénéficiaires de l'allocation chômage ont automatiquement droits aux prestations en nature du l'assurance maladie et maternité, du capital décès en faveur des ayants droit et des allocations familiales. Et en ce qui concerne la retraite, cette période d'indemnisation est validée comme période d'activité.

I.2.3.2. Fonctionnement par régimes socioprofessionnels

Comme pour le fonctionnement par branche, on peut distinguer un autre mode de fonctionnement qui est celui des régimes socioprofessionnels. On entend par régimes professionnels les catégories socioprofessionnelles. C'est ainsi qu'on va déboucher sur la classification bidimensionnelle suivante⁵⁰ :

➤ Le régime des salariés

Composé de catégories de personnes à revenus salariaux. Il comprend :les assurances sociales , l'assurance vieillesse , l'assurance accidents du travail et les maladies professionnelles ,les prestations familiales ainsi que l'assurance chômage.

⁴⁷LAMRI, L. *Op.cit.*, p.29

⁴⁸*Ibid.*, p.131

⁴⁹*Ibidem.*

⁵⁰http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_algerie_salaries.html. (consulté le 14/04/2016 à 18h02)

➤ **Le régime des non salariés**

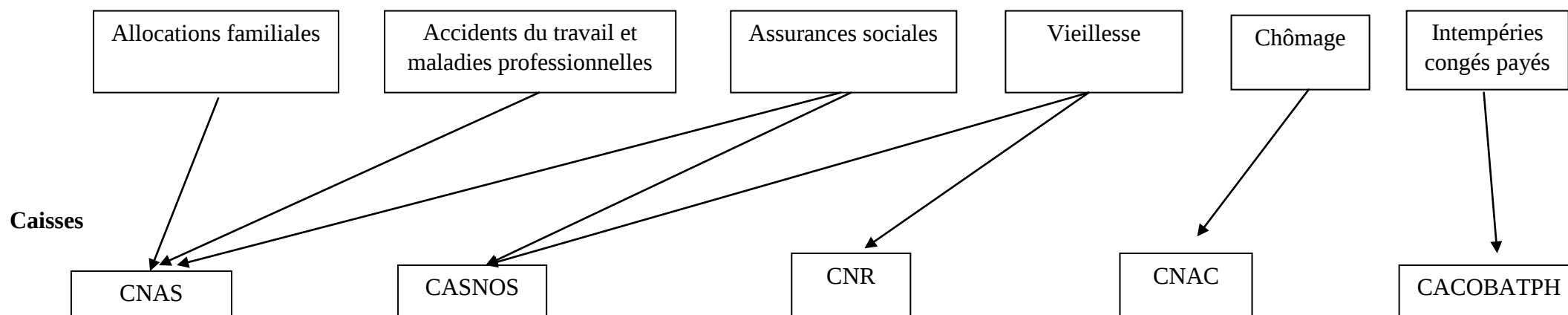
Composé de catégories de personnes à revenus non salariaux à savoir: les commerçants, les artisans, les membres de professions libérales, les associés ou gérants, les artistes payés au cachet et les agriculteurs.

Ce régime comprend : les assurances relatives à la maladie et à la maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès et l'assurance vieillesse. Les travailleurs non salariés sont exclus du champ d'application des autres risques qui concernent exclusivement les travailleurs salariés, notamment : les indemnités journalières (maladies maternité, les accidents de travail, allocations familiales et le chômage).

A travers cette section, on a présenté toutes les caisses de sécurité sociale en Algérie et les risques qu'elles couvrent de la maladie jusqu'au chômage. Les dispositions relatives aux bénéficiaires et aux conditions d'octroi des avantages pour l'ensemble des assurances attestent des largesses et faveurs du système de sécurité sociale en Algérie.

Schéma n° 01 : Organisation du système de sécurité sociale en Algérie

Branches



Source : réalisée par nos soins

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

I.3. Le financement et les dépenses de la sécurité sociale en Algérie

Dans la présente section nous citons les différentes sources de financement de la sécurité sociale, puis nous mettons l'accent sur ses dépenses.

I.3.1. Le financement de système de sécurité sociale en Algérie

Pour assurer la couverture des risques, les caisses de sécurité sociale tirent ses ressources essentiellement des cotisations sociales et des impôts.

Le financement de la sécurité sociale provient principalement des cotisations à la charge des employeurs et des employés. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. Cependant, en 2006 et en 2010 des réformes du financement du système sont introduites à travers les lois de finances, Il s'agit de nouvelles ressources dites additionnelles issues de la fiscalité (taxes et prélèvements sur le produit de la fiscalité pétrolière et sur les produits ayant un lien avec les dépenses de la sécurité sociale)⁵¹.

I.3.1.1. Les cotisations sociales

La méthode de financement par cotisations consiste à prélever une somme sur les revenus des salariés et non-salariés qui entraînent des obligations pour la sécurité sociale. L'assuré cotisant est obligatoirement couvert pour les risques prévus par la loi au moyen d'une cotisation unique. Ces prélèvements sont en partie supportés par les employés mais une part plus importante étant dévolue aux employeurs, certaines branches sont financées uniquement par l'employeur à l'exemple de la branche assurance des accidents de travail et maladies professionnelles.

Les taux de cotisations ont subi plusieurs modifications depuis les années 90. Selon les objectifs de la politique économique du pays, la dernière modification a eu lieu en 2010⁵². Au titre des travailleurs salariés, le taux de cotisation unique est de 34,5 % du salaire soumis à cotisation tel que défini par la loi. Ce taux est ventilé entre assurances sociales, accidents de

⁵¹Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale. *Présentation du système de sécurité sociale*[En ligne]. Algérie : 2010. Format PDF. Disponible sur : http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/presentation_securite_sociale_algerie.pdf. (Consulté le 12/04/2016 à 19h47).

⁵²ZIANI, Lila. ZIANI, Zoulikha. *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie*[en ligne]. In : Colloque international sur "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وأفاق التطوير – تجارب الدول", Université de Chlef, 02-03 décembre 2012. p.1-20. Format PDF. Disponible sur : http://www.univ-chlef.dz-seminaires_2012. (Consulté le : à 23/03/2016 à 00h08).

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

travail et maladies professionnelles, retraite anticipée et chômage. Le taux actuellement de cotisation des travailleurs salariés est de 09 % du salaire soumis à cotisation tandis que la participation des employeurs est de 25 % du salaire global de chaque employé.

Le tableau suivant illustre avec détails la répartition de ce taux entre les différentes branches en fonction de l'importance des charges qu'elles supportent:

Tableau n° 01: La ventilation des taux de cotisation au 01 Janvier 2016

Branches	Quote-part à la charge de l'employeur	Quote-part à la charge du salarié	Quote-part à la charge du fonds des œuvres Sociales	Total
Assurances Sociales	11,50%	1,50	-	13%
Accidents du Travail et Maladies Professionnelles	1,25%	-	-	1,25%
Retraite	11%	6,75%	0,50%	18,25%
Assurance Chômage	1%	0.5%	-	1,50%
Retraite anticipée	0.25%	0.25%	-	0,50%
Total	25 %	9%	0,50%	34,50%

Source : La direction générale de la CNAS, Alger

Pour les non-salariés, le taux de la cotisation globale, à la charge de l'assujetti, est de 15% calculé sur la base du revenu annuel imposable ou à défaut du chiffre d'affaires ou dans certains cas sur la base du SNMG annuel⁵³. Ce taux est réparti à parts égales (7,5%) entre les assurances sociales et la retraite.

Pour les catégories particulières inactives (étudiants, handicapés, anciens combattants), les cotisations sont assises sur le montant du salaire national minimum garanti (SMNG) et sont à la charge de l'Etat, le taux varie de 1% à 7%, selon la catégorie⁵⁴.

⁵³ Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : *Présentation du système sécurité sociale, Algérie*[En ligne]. Op.cit.

⁵⁴ ZIANI, L. ZIANI, Z. Op.cit., p. 07.

I.3.1.2. La fiscalité

En 2006, un fonds national de réserves des retraites financé essentiellement par l'affectation de 2% du produit de la fiscalité pétrolière, est institué par ordonnance présidentielle. Il s'agit d'une réforme majeure destinée à contribuer à la sécurisation du système de retraite pour les générations à venir.

En 2010, la loi de finances a prévu un fonds national de sécurité sociale alimenté par une quote-part de la taxe sur le tabac, une taxe sur les bateaux de plaisance et un prélèvement de 5% sur les bénéfices nets générés par l'importation du médicament⁵⁵.

I.3.1.3. Intervention du budget de L'Etat

L'Etat finance les allocations familiales et les dépenses dites de solidarité nationale à travers l'octroi d'un complément différentiel pour les retraités dont le montant de la pension issu des droits contributifs n'atteint pas le montant minimum légal, soit 75% du SNMG et 2,5 fois le SNMG pour les moudjahidine de la guerre de libération nationale, des indemnités complémentaires prévues pour les petites pensions de retraite et d'invalidité et pour les allocations de retraite⁵⁶.

I.3.1.4. Autres sources de financement de sécurité sociale

La sécurité sociale est financée également par les revenus des fonds placés, les contributions d'ouverture de droit versées par les employeurs en matière d'assurance chômage et de retraite anticipée et par les majorations et pénalités de retard et autres sanctions pécuniaires à l'encontre des employeurs défaillants en matière d'obligations des assujettis⁵⁷.

I.3.2. Les grandes catégories de dépenses au niveau de la sécurité sociale

Si on laisse de côté les prestations en espèces qui correspondent à des revenus de substitution pour les salariés en cas de maladie et ne renvoient donc pas directement au fonctionnement du système de santé. On se rend compte que les prestations "en nature" de la sécurité sociale se composent en fait de six masses financières distinctes à savoir : les forfaits hôpitaux, le remboursement des produits pharmaceutiques, les transferts à l'étranger, les actions sanitaires et sociales, les conventions internationales et le financement du secteur privé.

⁵⁵ ABDERRAHMANE. D. SALEM, A. *Op.cit.*, p. 06

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem

I.3.2.1. Les forfaits hôpitaux

Ils constituent la contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé. Il sert théoriquement, à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public essentiellement l'hospitalisation⁵⁸.

I.3.2.2. Les remboursements des produits pharmaceutiques

La hausse des prix des produits pharmaceutiques agit directement sur les dépenses de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS), appelée au remboursement des frais médicaux supportés par les assurés sociaux. Des remboursements qui sont passés de 1,350 milliards de dinars algériens en 1991 à 110 milliards de dinars en 2011⁵⁹ et la tendance est à l'augmentation continue des dépenses pharmaceutiques.

I.3.2.3. Les transferts pour soins à l'étranger

La loi 83/11 du 02 juillet 1983 prévoit la possibilité de la prise en charge des malades à l'étranger. Cette possibilité est conclue sous forme d'un protocole de coopération qui lie l'Algérie avec certains des pays étrangers à l'exemple de la France, de la Belgique et de la Jordanie. Les conditions et les modalités de cette prise en charge sont déterminées à l'occasion de la signature de ces protocoles.

Les transferts de soins à l'étranger (prise en charge pour soins à l'étranger) représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Ces transferts ont consisté à pallier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, yeux, certaines brûlures compliquées...) ⁶⁰.

I.3.2.4. L'action sociale et sanitaire

Le segment parapublic de soins s'est constitué dans les mutuelles agricoles, les caisses de sécurité sociale et les entreprises publiques où c'est développée une multitude d'infrastructures médico-sanitaires tels les laboratoires, les centres médicaux et les cliniques. Toutes ces infrastructures appartiennent au secteur parapublic de soins avant qu'elles ne

⁵⁸ OUFRIHA, FATITM-ZOHRA. *Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie* [en ligne]. Les Cahiers du CREAD n°22, 2^{ème} trimestre 1990, pages 21-59. Disponible sur: <http://www.cread.dz/> (Consulté le 31/10/2016 à 03h25)

⁵⁹ Ziani, L. Ziani, Z. *Op.cit.*, p.14

⁶⁰ SALMI, M. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle pour une évaluation de la qualité des soins. Op.cit.*, p. 192.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

soient annexées au secteur public de soins. Néanmoins, la sécurité sociale recèle encore quelques infrastructures sanitaires et sociales pour lesquelles elle consent d'ailleurs un budget propre destiné à l'action sociale et sanitaire, tels que la clinique en chirurgie orthopédique d'El Harrach et une clinique de chirurgie ORL « Ibn Sina », le centre de rééducation et de réadaptation professionnelle à Misserghin et les jardins d'enfants⁶¹.

I.3.2.5. Les conventions internationales

La sécurité sociale algérienne à travers sa caisse nationale des assurances sociales des salariés (CNAS) parvient à signer des conventions avec des cliniques privées nationales et même internationales et ce notamment dans la prise en charge de certaines pathologies à l'exemple des enfants atteints de cardiopathies en Algérie sans qu'il ait de transfert de ces enfants à l'étranger⁶².

I.3.2.6. Le financement du secteur privé

L'exercice à titre privé de la médecine, a connu une grande expansion puisque les praticiens privés installés offrent une gamme de soins aussi large que variée, ce qui incite d'ailleurs les malades solvables à recourir à leurs prestations. Les honoraires pratiqués par les médecins privés ne sont pas ceux remboursés par la sécurité sociale.

En effet, les frais remboursés sont ceux relevant de la tarification de la nomenclature générale des actes professionnels. Cette nomenclature détermine des tarifs communément appelés « tarifs officiels » ou « tarifs de responsabilité » sur la base desquels sont remboursés les malades recourant aux services des praticiens privés. Or, ces derniers pratiquent des honoraires qui dépassent de très loin ces tarifs servant de base aux remboursements. Ceci dit, la sécurité sociale aura moins de frais à rembourser. Il n'en est rien puisque l'extension de la médecine à l'acte finit par alourdir les charges financières de la sécurité sociale⁶³.

Les recettes collectées par le système de la sécurité sociale se trouvent intimement liées à la conjoncture économique. La pérennité de ce système se pose, aujourd'hui plus que jamais, comme un défi à relever étant donné que sur le plan strictement financier ce système fait face à un accroissement considérable de ses rubriques de dépenses alors que ses marges

⁶¹ SALMI, M. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle pour une évaluation de la qualité des soins*. Op.cit., p.195.

⁶² SALMI, Madjid. *La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins*. In : intervention CHU Nadir Mohammed, Tizi-Ouzou, décembre 2015, p. 07.

⁶³ SALMI, M. *La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins*. Op.cit., p. 07.

Chapitre I : Fondements conceptuels de la sécurité sociale en Algérie

de manœuvres sont extrêmement réduites du point de vue de l'accroissement de ses ressources.

Conclusion

Aujourd'hui, la sécurité sociale est devenue une institution qui préoccupe ou devrait préoccuper tous les Etats. En Algérie, elle est introduite en 1945 puis elle a connu un développement intense et continu notamment depuis l'indépendance avec de grandes améliorations enregistrées. De nombreuses dispositions nouvelles sont adoptées, les unes touchant à la réorganisation du système tel que l'ensemble des lois sociales de 1983 et les autres à l'extension de la sécurité sociale où de nouvelles catégories de bénéficiaires ont apparues ou encore à l'amélioration des avantages servis.

Concernant le financement de la sécurité sociale, il est basé essentiellement sur les cotisations salariales et patronales.

**CHAPITRE II :
LA CONTRIBUTION DE
LA SECURITE SOCIALE
AU FINANCEMENT DU
SYSTEME DE SANTE EN
ALGERIE**

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Introduction

Le système national de santé est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.

En Algérie, le décret 73-65 du 28/12/1973 qui institue le principe de la gratuité des soins dans le secteur public pour toute la population se traduit par la mise en œuvre d'un nouveau système de financement des soins de santé. Ce dernier revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est assuré par trois grandes catégories de sources : l'Etat, la sécurité sociale et les ménages. La participation de ces différentes sources de financement du système de santé, a sensiblement changé depuis les années 70. Elle se caractérise essentiellement par une diminution substantielle de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages. Ces derniers se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé.

Au titre des assurés sociaux et de leurs ayants-droit, la sécurité sociale contribue au financement du secteur public de santé par le biais du «forfait hôpitaux», mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins et déterminé annuellement par la loi de finances.

Dans le présent chapitre, nous tentons de présenter le système de santé en Algérie dans un premier temps, puis nous essayons d'analyser l'évolution de la contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé en Algérie.

Ce chapitre a pour objet de décrire le contexte et les conditions qui motivent les pouvoirs publics à intégrer la contractualisation, comme option stratégique principale à la réforme de système de santé.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.1. Evolution et organisation du système de santé en Algérie

Le système de santé en Algérie s'est construit au lendemain de l'indépendance sur la base d'un « existant » qui, au-delà d'une infrastructure, renvoie à une conception de distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses.

II.1.1. L'évolution du système de santé en Algérie

Avant de faire une description de système de santé algérien, il est important de faire un survole sur la notion du système de santé.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), « *le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* »⁶⁴. Donc, un système de santé est une combinaison de ressources, de l'organisation, du financement et de la gestion dans l'espoir de répondre aux attentes de la population en matière de la santé. Par contre, le système de soins est un élément ou un sous-système du système de santé, lui, fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie. Par conséquent le système de soins peut être défini comme étant « *un ensemble d'éléments organisés, de pratiques coordonnées pour la prise en charge de la maladie* ».

La distinction qui peut être faite ou opérée entre le système de santé et son corollaire le système de soins : ce dernier prend en charge la maladie alors que le système de santé vise à maintenir et à rétablir la santé de la population entendue aujourd'hui dans un sens beaucoup plus large que l'état de non-maladie.

Nous présentons dans ce premier point les caractéristiques des étapes de l'évolution du système de soins en Algérie depuis l'indépendance. Sachant que le système de soins et l'environnement socio-économique et politique sont intimement liés. On peut ainsi, en ayant en mémoire ces éléments, identifier, dans l'évolution du système national de santé, quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à nos jours.

⁶⁴<http://www.who.int/fr/>. (Consulté 21/03/2016 à 15h56)

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.1.1.1. Le système de santé durant la période allant de 1962 au 1973

La situation sanitaire en 1962 est marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance ne dépasse pas 50 ans et le taux de mortalité infantile avoisine les 200 décès pour 1.000 naissances⁶⁵. L'Algérie a hérité d'un système de santé inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure relativement importante, mais concentrée dans certaines grandes villes au nord du pays et par le départ massif du corps médical français couvrant ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins (500 médecins (50% d'algériens) pour 10,5 millions d'habitants)⁶⁶.

C'est dans ce contexte qu'une politique de santé publique s'est mise en place et qui a pour but de lutter contre les maladies infectieuses et parasitaires à travers la mise en application du décret 69-88 du 19 Juin 1969 rendant obligatoire et gratuite les vaccinations contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite⁶⁷, et la mise en place des programmes nationaux de santé.

L'amélioration de l'organisation sanitaire apparaît dans les mesures prises pour la création de : l'Institut Pasteur d'Algérie (IPA), de la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA), et de l'Institut National de Santé Publique (INSP) en 1966. En milieu rural, l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) prend en charge tous les «indigents» d'abord, puis toute la population y accède. Ces AMG sont gérés par les communes.

II.1.1.2. Le système de santé durant la période allant de 1973 au 1986

La nationalisation des hydrocarbures en 1971, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, a permis à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement. En février 1978, un décret instaure la structuration du système de santé en Algérie. Ce qui a amené à découper le pays en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une daïra qui comprend une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphériques (polycliniques, dispensaires, centre de santé) qui lui sont rattachées.

⁶⁵Ouchefoun A., Hamouda D, *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie*, Cahiers du CREAD n° 35/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993, p.59-96, in : www.cread.dz, consulté le 31/10/2016 à 03h45.

⁶⁶<http://www.sante.dz/insp/pev.htm>, consulté le 22/03/2016 à 10h20

⁶⁷CHACHOUA, Louiza. *Le système national de santé de l'indépendance à nos jours* [en ligne]. In : colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier 2014, p.1-30. Format PDF. Disponible sur <http://www.sante.dz/>, (consulté le 19/03/2016 à 21h 26)

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.1.1.3. Le système de santé durant la période 1987-2002

Le début des années 80 est marqué par le démarrage de grands projets, souvent d'intérêt public. Le système de santé a bénéficié des mêmes investissements que les autres secteurs sociaux, sur le plan des infrastructures, une trentaine de nouveaux hôpitaux préfabriqués ont été réalisés. L'importation d'équipements médico-chirurgicaux sophistiqués et coûteux s'est effectuée de la même manière massive, etc.⁶⁸

La politique volontariste mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute du prix du baril de pétrole. Le mécontentement des patients et usagers et des personnels de santé face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'Etat à promouvoir davantage le secteur libéral, par l'autorisation d'ouverture de cliniques privées dès 1990, la suppression du service civil et du zooning. C'est ainsi que le secteur médical privé s'est vu renforcé sur pratiquement l'ensemble du territoire national, et ce, au détriment du secteur public.

En 1994, L'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) imposé par le Fond Monétaire International (FMI) en raison des difficultés économiques auxquelles elle est confrontée. En matière de politique de santé, le PAS a pour objectifs sur le plan interne, la compression des dépenses de soins et sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part ainsi que la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.

La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter les déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit essentiellement par une double action : action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts et action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

Cependant, les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'est suivie. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque Mondiale (BM) qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins a laissé place⁶⁹ au paiement des consultations et actes effectués à titre ambulatoire aux tarifs officiels

⁶⁸Ouchefoun, A. Hamouda, D. *Op.cit.*

⁶⁹Oufriha ,Fatim-Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie[en ligne]*. Cahiers du CREAD n° 41, 3^{ème} trimestre 1997, pages. Disponible sur : <http://www.cread.dz/>(consulté le 24/03/2016 à 13 h 32).

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

(largement en deçà des honoraires effectivement perçus par les médecins) et une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour.

En parallèle, d'importantes transitions ayant un impact significatif sur le système public de santé s'amorcent:

➤ ***Une transition épidémiologique :***

Comme de nombreux pays en développement, l'Algérie vit une période de transition épidémiologique caractérisée par un recul des maladies transmissibles et contagieuses dites de sous-développement et une apparition prononcée des maladies chroniques, lourdes, dites de civilisation.⁷⁰

➤ ***Une transition démographique*** caractérisée par l'amorce du vieillissement de la population (6,7% en 1999) ;

- Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine en 1999) ;
- Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans en 1998)⁷¹.

➤ ***Une transition socio-économique*** s'est manifestée par :

- Chute des revenus des hydrocarbures, insuffisance de productivité et de création de richesse interne, augmentation considérable du poids de la dette extérieure et passage désordonné à l'économie de marché avec comme effet la dévaluation du dinar, le développement du chômage et d'une inflation élevée ;
- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (logements, éducation, santé), une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique ;
- Elargissement des poches de pauvreté et précarité nutritionnelle de larges couches de la population⁷².

⁷⁰Lamri, L. Op. Cité., p.164.

⁷¹<http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/bilan-et-situation-en-2012/>. (Consulté le 24/03/2016 à 11h46)

⁷²Idem.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.1.1.4. Le système de santé durant la période allant de 2003 à nos jours

Cette période est caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, du fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales. Les indicateurs de santé publique connaissent une amélioration significative : de nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale. Une volonté de rééquilibrage de la couverture sanitaire à travers le pays notamment grâce au service civil imposé aux médecins spécialistes. Les pouvoirs publics procèdent à la libéralisation et l'encouragement de la production locale ainsi que de la distribution privée des produits de santé, grâce à la consommation de génériques.

La mise en place depuis janvier 2008 d'une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre:

- ✓ Des structures extrahospitalières assurant la prévention et les soins de base : création des Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP), ex Secteur Sanitaire) ;
- ✓ Des structures d'hospitalisation et de soins spécialisés : création des Etablissement Public Hospitalier (EPH) ;
- ✓ Le maintien des Centres Hospitalo- Universitaires (CHU);
- ✓ Création de structures hautement spécialisées : les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS).

En 2011, le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) lance le Plan National Cancer.

La situation actuelle se caractérise par une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins, le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé et l'augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les maladies métaboliques⁷³.

⁷³TOUAZI, Assia. ZIANE, Mahfoud-Nacer. *Le financement du système algérien de santé : état des lieux et réformes*, mémoire de Master en Economie de la santé. Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2012, p.25.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.1.2. Organisation du système de santé en Algérie

Depuis 1995, cinq régions sanitaires sont adoptées. Il s'agit des régions : Centre (chef-lieu « Alger »), Est chef-lieu « Oran »), Ouest (chef-lieu « Constantine »), Sud-est chef-lieu « Ouargla ») et Sud-ouest (chef-lieu « Béchar »).

Le système de santé en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives.

II.1.2.1. Organisation sanitaire

L'offre de soins est répartie dans trois secteurs d'inégale importance (secteur public dominant, secteur privé en expansion rapide, et secteur parapublic de plus en plus réduit).

Le secteur public est constitué d'un réseau d'Etablissements Publics de Santé fortement développé et structuré. Le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité appliqué depuis janvier 2008, transforme les 185 secteurs sanitaires en 189 EPH et 273 EPSP⁷⁴. Toutes les structures extrahospitalières des ex-secteurs sanitaires (les polycliniques, salles de soins, etc) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux (02) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts.

Ainsi, en 2015 le secteur public de soins de santé comptait ⁷⁵: 14 CHU+ 01 Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU) avec 13 860 lits d'hospitalisation, 09 Etablissements Hospitaliers (EH) avec 960 lits d'hospitalisation. Il constitue aussi 75 EHS avec 11 637 lits d'hospitalisation, 200 EPH avec 36 684 lits et 271 EPSP comportant 1 659 polycliniques avec 3 889 lits d'urgence et de 3 028 lits de maternité, 13 maternités rurales et autonomes comptabilisant 147 lits de maternité Et 5 762 salles de soins.

Le secteur parapublic constitue toutes les structures appartenant aux entreprises publiques, celles de la caisse nationale de la sécurité sociale, exemple la clinique de cardiologie pédiatrique de Bou-Ismaïl et celles qui relevant d'autres ministères autre que celui de la santé (défense nationale notamment). Elles sont peu nombreuses comparativement à celles du secteur public sous les difficultés économiques vécues par grand nombre d'entreprises

⁷⁴ Larbi, Abir. *Nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP* [en ligne]. 2007. In : <http://www.santemaghreb.com/algerie/>. (Consulté le 02/06/2016 à 08h 28)

⁷⁵ MSPRH, Direction des études et de la planification. *Santé en chiffres* 2015. Alger : Janvier 2016, p. 10-11.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

nationales, elles assurent des consultations et des hospitalisations⁷⁶. En 2015, on comptabilise⁷⁷ : 627 Centres médico-sociaux et 903 Agences Pharmaceutiques de l'Etat.

Après les mesures de libéralisation et l'annulation de toute interdiction de l'activité médicale privée, **le secteur privé** a connu une extension remarquable. Aujourd'hui, ce secteur a une très grande part dans l'offre de soins. Il est assuré principalement par les cabinets privés, les cliniques, etc. En 2015, le secteur privé pour sa part, participe dans l'offre de soins par⁷⁸ 440 cliniques privées et centres d'hémodialyse et 31 968 cabinets médicaux.

II.1.2.2. Organisation administrative

Le système est dirigé par le MSPRH, qu'est organisé en huit (08) directions centrales : direction de l'administration et des moyens, direction de la pharmacie direction de la planification, direction de la prévention, direction de la population, direction de la réglementation, direction des ressources humaines et direction des services de santé.

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministère de la santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en :

- **Organismes de sécurité sanitaire** : L'INSP, le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP), l'Agence nationale du sang (ANS), le Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance (CNPM), le Centre National de Toxicologie (CNT) ;
- **Organismes d'appui logistique** : l'IPA, la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) ;
- **Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information**: l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP), l'Institut National de Pédagogie et de Formation Paramédicale (INPFP), les Ecoles de formation paramédicale et l'Agence Nationale de Documentation en Santé (ANDS).

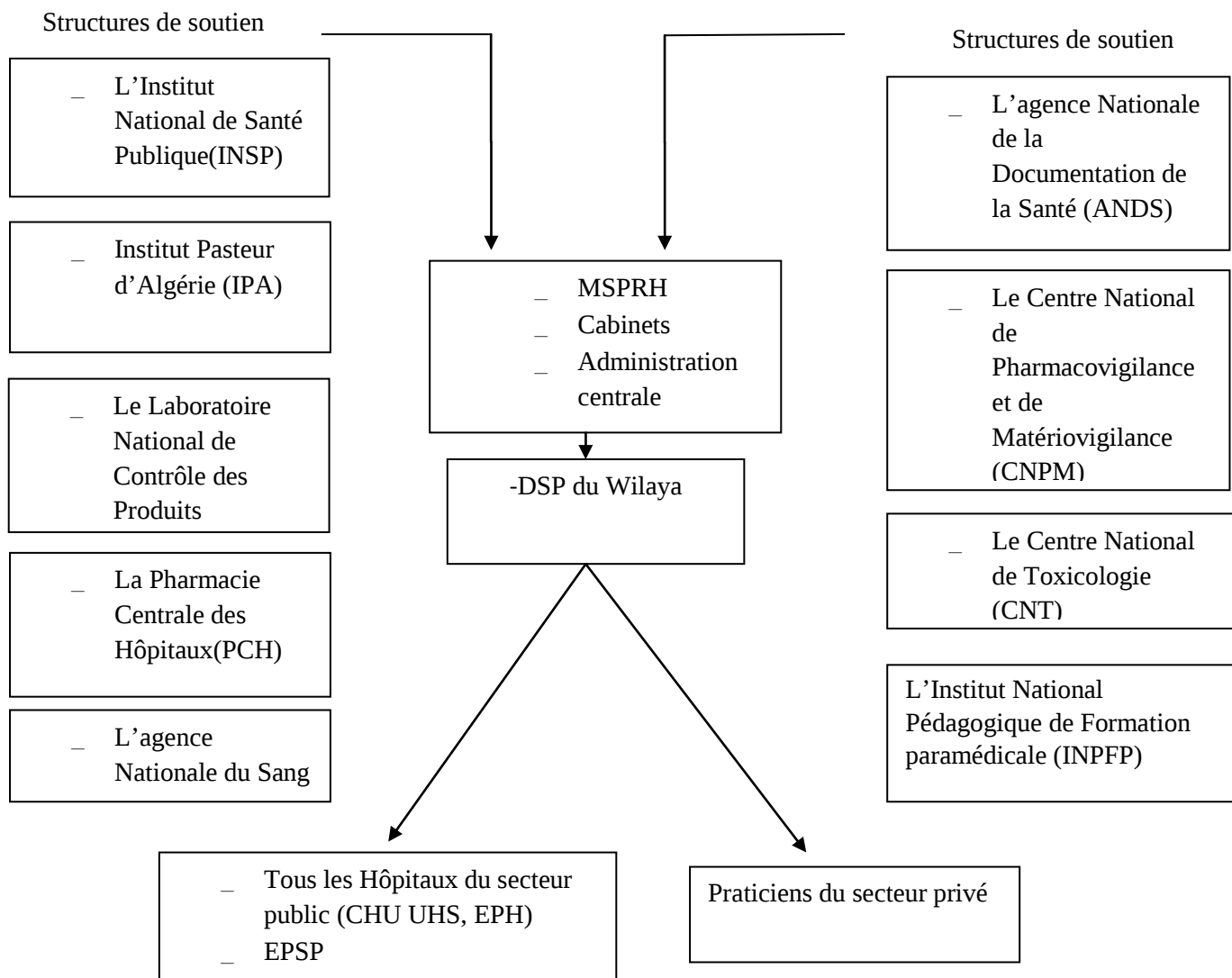
⁷⁶ Le système de santé a l'épreuve de la transition plurielle

⁷⁷ MSPRH, Direction des études et de la planification, *Santé en chiffres 2015. Op.cit.*, p.19

⁷⁸ MSPRH, Direction des études et de la planification, *Santé en chiffres 2015. Op.cit.*, p. 16, 17

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Schéma n° 02 : Tutelles et principales structures de soutien



Source : BAGHRICHE, Mourad., *Aperçu sur l’organisation du système de santé [en ligne]*. In : *Journée Parlementaire sur la Santé*, Alger : Conseil de la Nation, 2010. Format PDF. Disponible sur : <http://www.majliselouma.dz/> . p. 24.

Les décisions prises sont adressées pour « exécution » aux hôpitaux et aux praticiens par l’intermédiaire des 48 directions de santé et de la population de wilaya (DSPW), lesquelles, malgré leur rôle de tutelles intermédiaires sont peu impliquées dans l’élaboration des programmes de santé, et se contentent souvent de transmettre dans un style administratif les directives et les circulaires de l’administration centrale.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.1.2.3. La sécurité sociale

Il y a en Algérie cinq (05) caisses qui composent le paysage de la sécurité sociale. Chacune d'entre elles se distingue des autres soit par rapport aux risques assurés, soit par rapport au régime socio professionnel dont il dépend ou encore par rapport à ces deux variables à la fois. Ces caisses sont : CNAS ; CASNOS ; CNAC ; CNR et CACOBATH.

II.1.2.4. Offre en médicaments et équipements

Le secteur national du médicament a accompagné l'évolution du système de soins en s'adaptant progressivement à l'évolution du niveau de la demande nationale en produits pharmaceutiques. Actuellement, on peut distinguer quatre catégories d'intervenants du secteur pharmaceutique à l'échelle du circuit de production et de distribution du médicament. Il s'agit des intervenants du secteur public, des producteurs privés, des grossistes répartiteurs et enfin, des officines publiques et privées en charge de la distribution au stade du détail.

Les équipements relèvent actuellement de la direction de la pharmacie. La grande partie des équipements médicaux n'a pas connu de renouvellement depuis 1982. Le taux de panne est très élevé, soit plus de 30 %, à cause de manque de pièces de rechange, de « sur - utilisation » et de l'absence d'une politique de maintenance.

II.1.2.5. Offre en ressources humaines

L'activité sanitaire est tributaire d'une utilisation massive de personnel. Au sein des structures de soins, les personnels peuvent être regroupés en trois (03) catégories : le corps médical, le corps paramédical et le corps administratif, technique et de services.

Le corps médical est constitué de médecins spécialistes, de médecins généralistes, de chirurgiens-dentistes et de pharmaciens. Concernant le corps, il est composé d'infirmiers de santé publique, d'infirmiers brevetés et d'aides-paramédicaux. Quant au corps administratif, technique et de services, il regroupe des agents administratifs, des agents techniques et de services.

Enfin le secteur de la santé emploie d'autres personnels à l'instar d'éducateurs, d'optométristes qui sont des personnes capables de déterminer les limites de la vision à l'aide les praticiens médicaux sont en augmentation remarquable au fil des années, à cause de l'importance accordée par l'Etat à cette tranche dans ses politiques de développement .

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Tableau n° 02: la répartition de la ressource humaine par secteur en Algérie au 31/12/2015.

	Secteur public	Secteur parapublic	Secteur privé
Personnels médicaux	50 336	1 481	34 836
Personnels paramédicaux	121 976	1 482	/
Personnels administratifs, techniques et de service	65844	/	/
Autres personnels	1 142	/	/

Source : réalisé par nos soins à partir des données de la Direction des Etudes et de la Planification de MSPRH.

II.2. Les dépenses de santé et leur financement

Depuis quelques années et dans la plupart des pays, les dépenses de santé ont connu une évolution importante. En Algérie, à l'instar des autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses de santé se pose avec acuité ces dernières années.

II.2.1. Les dépenses de santé en Algérie

L'Algérie a connu l'émergence du problème des coûts de la santé et de leur évolution alarmante à partir des années 1980, suite au ralentissement de la croissance économique et à la contraction des ressources nationales ainsi qu'aux difficultés de financement des caisses de la sécurité sociale⁷⁹.

⁷⁹ SI-AHMED, Lynda. BOUKHOBZA, Maroua. *Analyses des dépenses publiques et de financement de la santé en Algérie*, mémoire de master en Statistique et économie appliquée, Alger: école nationale de statistique et d'économie appliquée(ENSSEA), 2016, p. 30-31.

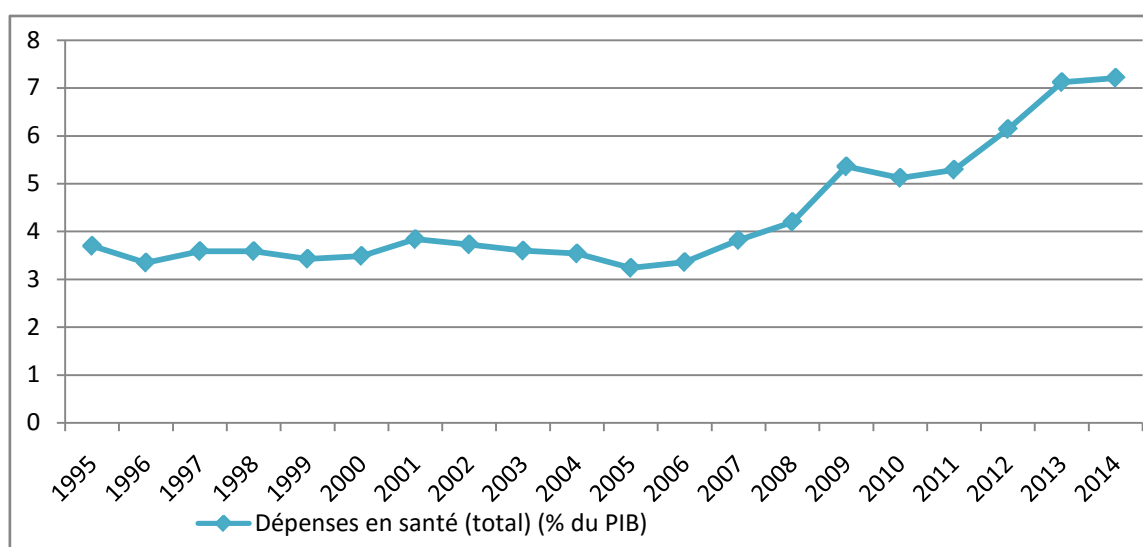
Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Tableau n° 03 : Evolution des dépenses totales de santé en Algérie

Années	Dépenses en santé (total) (% du PIB)
1995	3,7
1996	3,35
1997	3,59
1998	3,59
1999	3,43
2000	3,49
2001	3,84
2002	3,73
2003	3,6
2004	3,54
2005	3,24
2006	3,36
2007	3,82
2008	4,2
2009	5,36
2010	5,12
2011	5,29
2012	6,14
2013	7,12
2014	7,21

Source : <http://perspectives.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendenceStatPays>. (Consulté le 08/09/2016 à 18h05)

Figure n° 01: Evolution des dépenses totales de santé en Algérie



Source : réalisé par nos soins à partir des données de tableau ci-dessus.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

D'après la figure, on constate que :

Durant la période 1995-2005, la part des dépenses de la santé est relativement faible (qui ne dépasse pas 4% du PIB). Cela s'explique par les mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du PAS: la limitation des embauches et l'investissement dans le secteur de la santé.

Mais à partir de 2006, ces dépenses n'ont pas cessé d'évoluer pour atteindre 7,21% du PIB en 2014, ce qui devient comparable aux ratios des pays développés⁸⁰. Cela est dû à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années. Mais, cette augmentation quantitative des moyens consacrés à la santé ne se traduit pourtant ni par une amélioration de la qualité réelle des soins, ni par une amélioration de la qualité perçue par les citoyens qui, elle, ne semble pas progresser.

Le taux de croissance de ces dépenses a été très soutenu, à la suite de la conjoncture de plusieurs facteurs : vieillissement démographique, transition épidémiologique et démographique, l'élévation du niveau de vie des individus, multiplication d'infrastructures sanitaires et généralisation de la couverture sociale.

⁸⁰ <http://www.nabni.org/nos-propositions/santé-et-situation-en-2012/>. (Consulté le 24/03/2016 à 11h46)

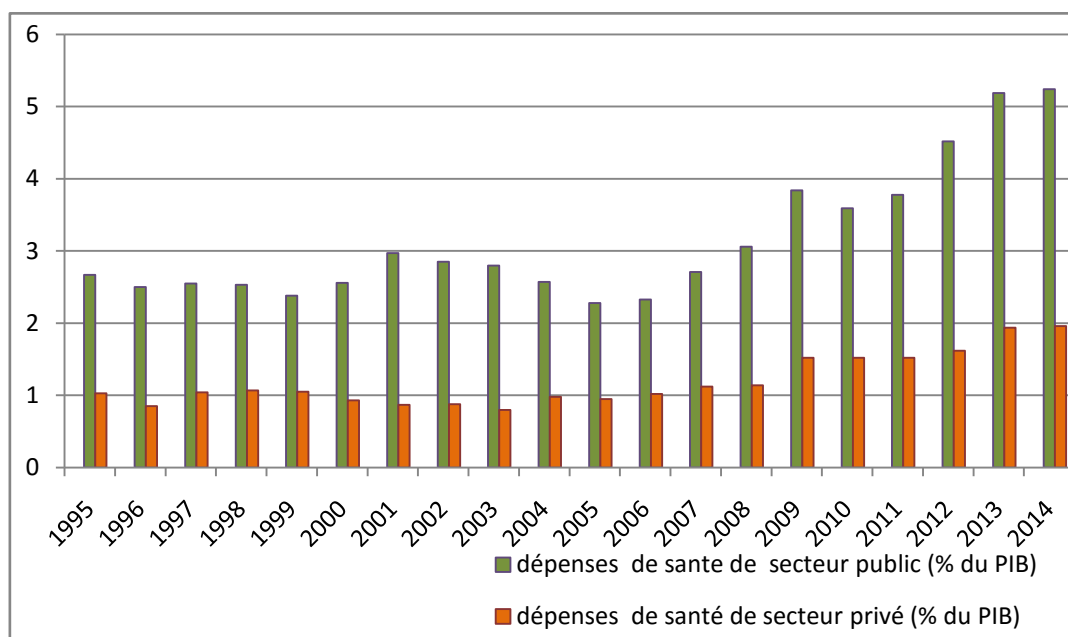
Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Tableau n° 04 : Evolution des dépenses de santé en Algérie dans les deux secteurs public et privé de 1995 à 2014

Année	dépenses de sante de secteur public (% du PIB)	dépenses de santé de secteur privé (% du PIB)
1995	2,67	1,03
1996	2,5	0,85
1997	2,55	1,04
1998	2,53	1,07
1999	2,38	1,05
2000	2,56	0,93
2001	2,97	0,87
2002	2,85	0,88
2003	2,8	0,8
2004	2,57	0,98
2005	2,28	0,95
2006	2,33	1,02
2007	2,71	1,12
2008	3,06	1,14
2009	3,84	1,52
2010	3,59	1,52
2011	3,78	1,52
2012	4,52	1,62
2013	5,19	1,94
2014	5,24	1,96

Source : <http://perspectives.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays>. (Consulté le 08/09/2016 à 18h05)

Figure n° 02: L'évolution des dépenses de santé de secteur public et de secteur privé en Algérie :



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau n° 04.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

De 1995 à 2014, les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB s'accroissent de la plus grande part par rapport aux dépenses privées qui demeurent marginales. Les dépenses publiques qui représentaient 2,67 % du PIB en 1995, elles passent à 5,24 % en 2014. La part des dépenses privées reste très limitée dans le financement de la santé au cours de cette période (1,03% du PIB en 1995 à 1,96% du PIB en 2014).

II.2.2. Financement du système de santé en Algérie

Avant l'institution de la gratuité des soins en 1974, les modalités de financement sont axées sur trois sources :

- Les avances : se sont des sources de financement émanées du trésor à raison de 85% et les 15% restant était à la charge des départements et communes, destinées à la prise en charge d'une catégorie spécifique « les indigents ».Elles étaient de l'ordre de 60 % de l'ensemble des dépenses de santé⁸¹.
- Les remboursements de frais d'hospitalisation, proviennent des assurances sociales du fait des soins dispensés à leurs assurés ou à leurs ayants- droit, qui étaient calculés sur la base d'une tarification journalière « prix de journée » fixée annuellement par l'autorité de tutelle. Cette participation représentait 30% environ des dépenses globales⁸².
- Les ressources propres provenant des malades payants, c'est-à-dire possédant des ressources propres mais non couvertes par un régime quelconque d'assurances sociales (professionnels libéraux, commerçants, artisans,...etc.) à la suite de leurs hospitalisations⁸³.

L'institution de la médecine gratuite en 1974 s'est accompagnée de la mise en œuvre d'une nouvelle procédure appelée « budget global » (budgétisation) qui s'y est substitué à l'ancien mécanisme de financement basé sur la tarification à la journée.

⁸¹ LAMRI, M. *Le financement du système de santé algérien : réalité, enjeux et perspectives*. Revue de gestion des établissements de santé, juillet 1998, n°02, p. 23.

⁸² SALMI, Madjid. *Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie: éléments pour un diagnostic (cas : secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen)*, mémoire de magister en gestion des entreprises, Tizi-Ouzou: Université Mouloud Mammeri, 1999. p.56.

⁸³ OUFRIHA, Fatima-Zohra. *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. Alger: office de publications universitaires, 1992. p. 41

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Actuellement, les modalités de financement du système de soin sont basées essentiellement sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale ainsi que sur une contribution de plus en plus importante des ménages.

II.2.2.1. L'Etat

Le budget de l'Etat consacré au secteur de la santé pour l'année 2016 est de 379.407.269.000 DA (7,89%), il occupe la quatrième place après le secteur de la défense (23,26%), le secteur de l'éducation nationale (15,89%) et celui de l'intérieur et des collectivités locales (8,86%)⁸⁴.

La plus grande partie du financement budgétaire du secteur de la santé, provient du MSPRH. D'autres départements ministériels apportent également leurs contributions : ministère de la défense nationale (finance les hôpitaux militaires), le ministère de l'éducation nationale (finance les dépenses de santé scolaire), le ministère de l'enseignement supérieur (prend en charge les salaires des médecins des CHU)⁸⁵, d'autres ministères financent les établissements de santé destinés à des groupes sociaux bien précis.⁸⁶ Le budget de l'Etat contribue aussi à l'alimentation d'un fonds des urgences médicales.⁸⁷

Toutes les structures du secteur public reçoivent du MSPRH un budget annuel, forfaitaire et préétablie composé de budget de fonctionnement et d'équipement, octroyé dans le cadre de la loi de finances.

Le budget de fonctionnement est réparti en dix titres*. Il provient, essentiellement, de deux sources : l'Etat et la sécurité sociale. Tandis que, le budget d'équipement est entièrement à la charge de l'Etat⁸⁸.

⁸⁴J.O.R.A N°72, Loi n° 15-18 du 18 Rabie El Aouel 1437 correspondant au 30 décembre 2015, Portant loi de finances pour 2016

⁸⁵Boulaïbel, B. *Besoins sociaux à horizon de 2025*[en ligne]. Format PDF. Disponible sur : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06411-etude.pdf>. (Consulté le 24/08/2016 à 11h46)

⁸⁶TOUAZI, A. ZIANE, M N. *Op.cit.*, p.44.

⁸⁷Boulaïbel, B. *Op. cit.*, p.18

* Les dix titres du budget de fonctionnement sont : personnel, formation, alimentation, médicament, prévention, matériel médical, entretien infrastructures sanitaires, autres dépenses et œuvres sociales et recherche médicale

⁸⁸CHAOUCHE, Ali. *Le financement du système de santé [en ligne]*. In : Colloque international sur les politiques de santé. Alger 18 &19 janvier 2014, p 1-13. Disponible sur : <http://www.sante.dz/>

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.2.2.2. La sécurité sociale

Les dépenses de santé pèsent lourdement sur le budget des caisses de sécurité sociale. Elles sont de trois (03) natures :

➤ Les forfaits hospitaliers

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances.

Cette disposition budgétaire appelée « forfait hospitalier » est une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit⁸⁹.

Le forfait hospitalier, théoriquement, sert à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public (essentiellement leur hospitalisation)⁹⁰.

➤ Les transferts à l'étranger

Ils représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Ces transferts ont consisté à pallier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies cardiovasculaires, yeux, certaines brûlures compliquées...etc.).⁹¹

Devant cette situation, et pour contenir l'augmentation des dépenses liées aux transferts à l'étranger (10.14 milliards de DA en 1994), le gouvernement a décidé de réduire le nombre des transferts et cela par la promulgation d'un arrêté en 1995, il s'agit des conventionnements entre les organismes de protection sociale et les structures de santé pour la substitution des opérations de transferts à l'étranger, et ce, pour prendre en charge les pathologies qui faisaient l'objet de transfert pour soins à l'étranger.

De 1995 à 2011, le nombre des malades transférés à l'étranger a connu une baisse considérable passant de 2 411 en 1995 à 600 en 2011. Malgré cette réduction néanmoins les

⁸⁹Lamri, L. *Op.cit.*, p. 139-140.

⁹⁰OUFRIHA, Fatima-Zohra. *Le système de santé et population en Algérie : analyse des évolutions récentes à la lumière de la crise*. Alger : ANEP, 2004, p. 117.

⁹¹ZIANI, Zoulikha. ZIANI, Farida, *Le financement de la santé en Algérie [en ligne]*. In : *communication sur la politique de financement de santé en Algérie.*, Université de Bejaïa, 2012. Format PDF. Disponible sur : <http://ww.asectu.org>, p.12, (consulté le 14/03/2016 à 11h27)

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

dépenses liées à ce poste ne cessent d'augmenter, elles ont été multipliées par 2 en espace de 14 ans passant de 0,76 milliards de DA en 1988 à 1,5 milliards de DA en 2009)⁹². Cette augmentation s'explique par le fait que les soins prodigués à l'étranger sont caractérisés par des maladies lourdes nécessitant des coûts élevés.

➤ Les remboursements

Les remboursements constituent la contribution au financement des dépenses pour soins des ménages assurés sociaux à l'occasion de leur fréquentation du secteur privé des soins (soins ambulatoires)⁹³.

II.2.2.3. Les ménages

Ils bénéficient gratuitement de l'hospitalisation et de tous les soins publics. Cependant, ils paient l'équivalent d'un ticket modérateur* (50DA pour les pour une consultation chez un généraliste et 100DA pour une journée d'hospitalisation) fournis à titre ambulatoire et en particulier les actes de radiologie et de biologie.

Ils conservent donc à leurs charge de façon définitive d'une part, une fraction très importante des dépenses occasionnées par la fréquentation du secteur privé à l'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse, qui faisant l'objet de la couverture par la sécurité sociale*, et d'autre part ils acquièrent des biens et des services médicaux non remboursés, soit qu'ils ne sont pas assurés sociaux, soit qu'ils procèdent à l'automédication en raison du coût élevé de la consultation privée et la difficulté de parvenir aux unités du secteur public.⁹⁴

En outre, ils ne sont pas ou ne se font pas remboursés par la sécurité sociale pour des causes telles que : la méconnaissance de malade, de ses droits de remboursement ou refus de perte de temps.

La participation des ménages est la source de financement la moins connue et on ignore son volume exact qu'elle représente dans l'ensemble des dépenses de soins.

⁹² Ziani L., Ziani Z. *op.cit.*, p.13.

⁹³ OUFRIHA F.Z., *Le système de santé et population en Algérie : analyse des évolutions récentes à la lumière de la crise*. *Op.cité*, p.117.

* **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.

* Les assurés sociaux et leurs ayants droit bénéficient du remboursement par les organismes de sécurité sociale, sur la base d'une tarification fixée en 1987 et qui n'a pas été actualisée à ce jour.

⁹⁴ Z IANI, Z. ZIANI, F. *Op.cit.*, p.6.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.2.2.4. Autres sources

En outre les sources déjà citées, on peut ajouter les mutuelles et les collectivités locales.

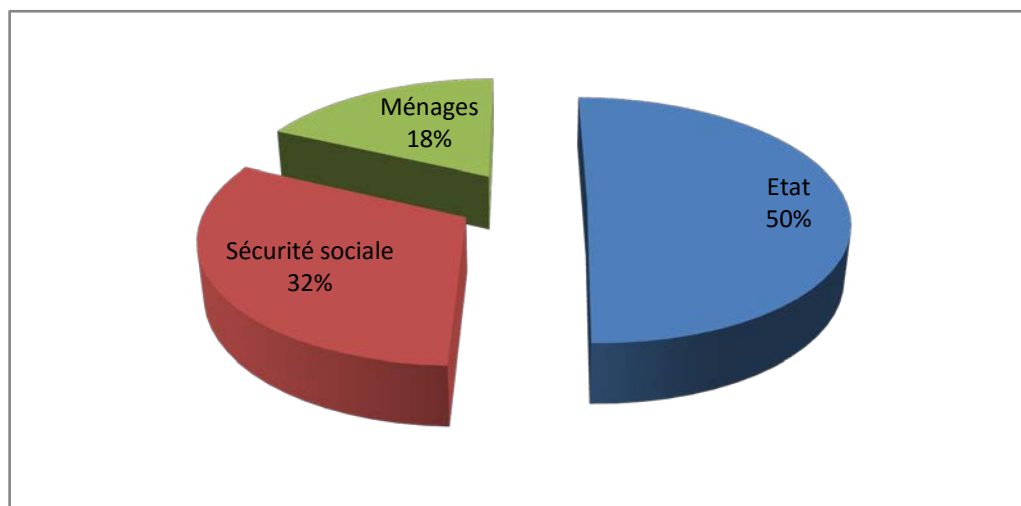
❖ Les mutuelles

L'article 06 de la loi 90-33 stipule que les travailleurs salariés d'institutions, d'établissement publics, d'entreprises publiques et privées et les personnes exerçant pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles. Ces dernières interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses (de ticket modérateur) des adhérents et ayants droit. Le financement de la santé par les mutuelles reste marginal.⁹⁵

❖ Les collectivités locales

Elles contribuent au financement de la santé à travers le financement des actions de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation en vigueur.⁹⁶

Figure n° 03: le financement de la santé en Algérie pour l'année 2011



Source : réalisé par nos soins.

L'Algérie est actuellement confrontée à une croissance tendancielle des dépenses de santé plus rapide que celle de leur richesse nationale. Ces dépenses sont financées essentiellement par trois grands acteurs : l'Etat, la sécurité sociale et les ménages.

⁹⁵ ZIANI, Z., ZIANI, F. *Op.cit*, p. 07.

⁹⁶ Ibidem.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

II.3. La sécurité sociale et le financement du système de santé en Algérie

La contribution des trois acteurs (Etat, sécurité sociale et ménages) au financement du système de santé en Algérie varie en fonction de la conjoncture économique du pays.

II.3.1. Essai d'analyse de l'évolution des sources de financement de la santé en Algérie

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

Tableau n° 05 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé (1974-2011).

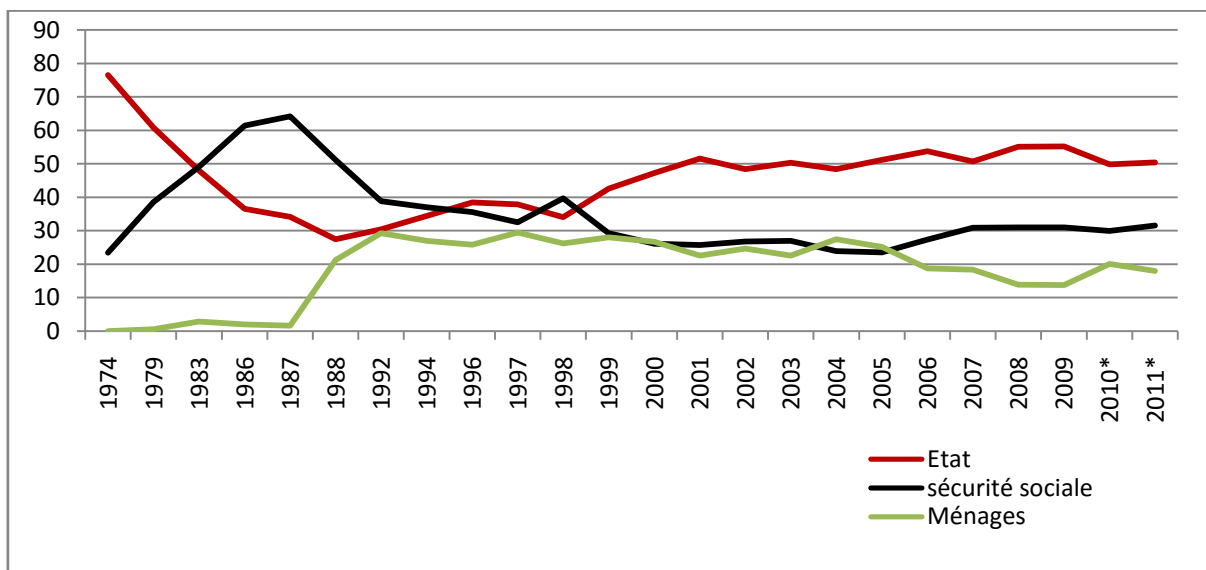
Année	Etat	sécurité sociale	Ménages
1974	76,51	23,49	0
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,6	61,4	2
1987	34,21	64,2	1,59
1988	27,5	51,2	21,3
1992	30,5	38,87	29,3
1994	34,5	37,1	27
1996	38,45	35,64	25,9
1997	37,93	32,57	29,5
1998	34,09	39,7	26,2
1999	42,56	29,33	28,1
2000	47,27	26,2	26,7
2001	51,62	25,77	22,6
2002	48,42	26,88	24,7
2003	50,38	27,01	22,6
2004	48,43	24,01	27,5
2005	51,16	23,63	25,2
2006	53,8	27,4	18,8
2007	50,7	30,9	18,4
2008	55,1	31	13,9
2009	55,2	31	13,8
2010*	49,9	30	20,1
2011*	50,4	31,6	18

Source : - ZIANI, Lila. ZIANI, Zoulikha. *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie* [en ligne]. In : Colloque international sur "الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير – تجارب الدول", Université de Chlef, 02-03 décembre 2012. p.1-20. Format PDF. Disponible sur : http://www.univ-chlef.dz-seminaires_2012 . (Consulté le : à 23/03/2016 à 00h08) ;

* MEKALT, K. BRAHMIA, Brahim. *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement* [en ligne]. In : Conférence, 2015. Disponible sur: <http://www.eiseverywhere.com/>. (Consulté le 19/09/2016 à 16h03).

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Figure n° 04 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé (1974-2011)



Source : réalisé par nos soins à partir des données de tableau n° 05.

L'analyse du graphique ci-dessus montre que, durant la période 1974- 1990, on note une forte régression de la contribution du budget de l'Etat au financement des secteurs sanitaires qui passe de 76,51% en 1974 à 34,21% en 1987. Par ailleurs, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays (23,49% 1974 à 64,20%. en 1987), l'Etat amorce une débudgétisation progressive des dépenses de santé qui sont imputées à la sécurité sociale.

A partir de l'année 1999, On constate une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Le financement de secteur public de soins, contrairement à la période précédente, va se faire essentiellement sur ressources budgétaires. Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,9 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006.⁹⁷

De plus, La part des ménages, s'est sensiblement accrue dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Cette situation s'explique par le recours de plus en plus aux services de santé privés, dont le financement est en grande partie à la charge des ménages.

⁹⁷ ZIANI, L., ZIANI, Z. *Op.cit.*, p.08

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître. La part de L'Etat devient de plus en plus important suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permet à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

II.3.2. Analyse de la contribution de la sécurité sociale en Algérie « Forfait hôpitaux»

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire préétablie fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances.

Cette disposition budgétaire appelée «forfait hôpitaux», vient remplacer la facturation individuelle des frais de soins et d'hospitalisation des assurés sociaux et de leurs ayants-droit. Ces frais sont calculés sur la base d'une tarification journalière « prix de journée » fixée annuellement par l'autorité de tutelle, néanmoins les recouvrements de ces frais s'avèrent difficile du fait que la sécurité sociale a opposé une prescription biennale pour le recouvrement des créances émises.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

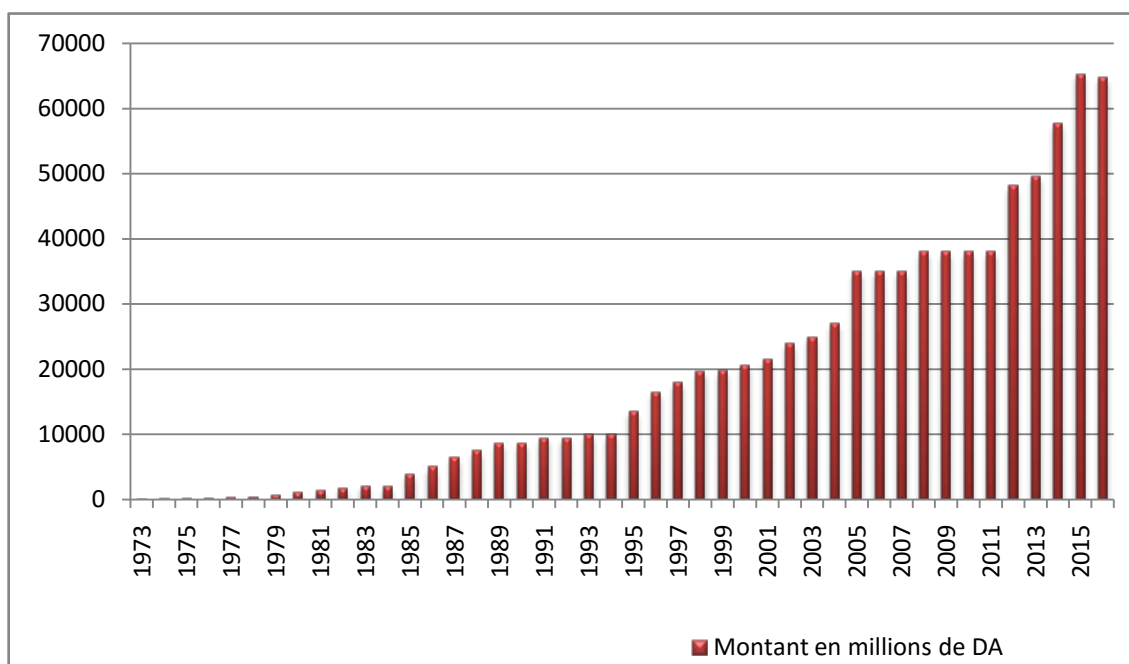
Tableau n°06: La contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2016

Année	Montant en millions de DA	Taux d'évolution année de base 1973	Evolution par année
1973	120	100	/
1974	199	165,83	65,83
1975	225	187,5	13,07
1976	245	204,17	8,89
1977	300	250,00	22,45
1978	475	395,83	58,33
1979	714,5	595,42	50,42
1980	1126	938,33	57,59
1981	1410	1175	25,22
1982	1800	1500	27,66
1983	2102	1751,67	16,78
1984	2055,8	1713,67	-2,2
1985	4000	3333,33	94,57
1986	5000	4166,67	25
1987	6500	5416,67	30
1988	7545	6287,5	16,08
1989	8600	7166,67	13,98
1990	8600	7166,67	0
1991	9500	7916,67	10,47
1992	9500	7916,67	0
1993	9983	8319,17	5,08
1994	10 050	8375	0,67
1995	13 551	11 292,50	34,84
1996	16 576	13 813,33	22,32
1997	17 972	14 976,67	8,42
1998	19 652	16 376,67	9,35
1999	19 872	16 560,00	1,12
2000	20 540,50	17 117,08	3,36
2001	21 500	17 916,67	4,67
2002	24 000	20 000,00	11,63
2003	25 000	20 833,33	4,17
2004	27 021,27	22 517,73	8,09
2005	35 000	29 166,67	29,53
2006	35 000	29 166,67	0
2007	35 000	29 166,67	0
2008	38 000	31 666,67	8,57
2009	38 000	31 666,67	0
2010	38 000	31 666,67	0
2011	38 000	31 666,67	0
2012	48 129,41	40 107,84	26,656
2013	49 629,41	41 357,84	3,116
2014	57 818,52	48 182,10	16,5005
2015	65 219,09	54 349,24	12,799653
2016	64 815,51	54 012,93	-0,6188065

Source : Réalisé par nos soins à partir des données lois de finance algérienne de 1974-2016

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Figure 05 : Evolution de la contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2016.



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n° 06.

Le graphe ci-dessus montre bien l'implication financière croissante de la sécurité sociale dans le financement des dépenses des établissements publics de santé. Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a augmenté d'une manière soutenue. En effet nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de 120 millions de DA en 1973 à 64 815,51 millions de DA en 2016, ce montant a été multiplié par 540,13 en l'espace de 43 ans, soit un taux de croissance moyen annuel de 1253.78.

Cette augmentation du forfait hospitalier est due d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat qui ne concourt qu'à 24 % de ses dépenses en 1989⁹⁸ suite au fardeau de l'augmentation des dépenses de santé et d'autre part au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

Cela s'explique aussi par l'accroissement des dépenses de santé, dû à la fois à l'évolution épidémiologique (développement de maladies chroniques à prise en charge coûteuse), au relèvement du niveau de vie et de l'espérance de vie à la naissance, et à la non

⁹⁸ZIANI, L. ZIANI, Z. *Op.cit.*, p.10.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

maitrise des dépenses etc. L'inflation également peut être considéré comme l'un de ces facteurs qui sont à l'origine de cette progression.

Pour les hôpitaux, le montant de ces forfaits est souvent considéré insuffisant. Cela est dû au nombre important des patients assurés qui sont pris en charge. Ce problème découle principalement de la non identification de la catégorie des patients (assurés social, démunis, autres). Actuellement, tous les patients sont considérés comme « assuré social ». De ce fait, l'augmentation soutenue des dépenses des hôpitaux devient une charge à supporter par les hôpitaux.

Par contre pour la sécurité sociale, les forfaits hospitaliers constituent une charge qui peut lui provoquer un déséquilibre financier. Cette situation est due à l'augmentation continue de ces forfaits d'une part et à l'absence d'autres sources de financement d'autre part. Cette préoccupation est accompagnée par la non-satisfaction des caisses de sécurité sociale du niveau de la prestation fournie aux assurés.

II.3.3. Les inconvénients et limites de financement par forfaits hôpitaux

Ce mécanisme de financement présente un certain nombre d'inconvénients à savoir :

- La complète désarticulation entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodigués aux assurés sociaux et leurs ayants droit et qui s'exprime par la difficulté de connaître ce que couvre réellement ce forfait en matière de soins dispensés;
- Le risque d'un déséquilibre financier pour les caisses de sécurité sociale qui arrivent à peine à assurer leurs équilibres. En effet la branche « assurances sociales » dès 1973 a connu un déficit en passant de 0,5 milliards de dinars algériens en 1980 à 2,97 milliards de dinars en 1984 ;
- La qualité jugée médiocre des services reçus au niveau des EPS et par conséquent l'incitation des assurés sociaux qui sont devenus de plus en plus exigeant à s'adresser au secteur privé ce qui implique un double financement au secteur public et au remboursement des frais engagés auprès du secteur privé ;
- Une certaine inégalité se dégage du système «forfait hôpitaux», du fait qu'il soit financé par les cotisations des salariés affiliés à la sécurité sociale, alors que d'autres catégories (démunis, non assurés non démunis) en profitent. Il faut ajouter la participation de ces assurés au budget de l'Etat pour lesquels ils sont soumis au prélèvement à la source alors

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

que les possibilités de fraude et d'évasion fiscale des catégories sociales riches sont importantes et pratiquées largement.

- Le non incitation à la rationalisation des dépenses : le budget de la santé, auquel participe la sécurité sociale à travers les forfaits hôpitaux, est fixé en fonction des crédits alloués à des précédents exercices de certains établissements de santé complété par des crédits nécessaires en prévision de leurs nouvelles dépenses pour les exercices à venir cette façon de procéder pour déterminer les financements de la santé ne tient pas compte du souci d'efficacité et de rationalisation des ressources accordées aux structures publiques de santé.

En effet, la détermination de montant forfaitaire que doit supporter la sécurité sociale se fait sur des bases irrationnelles car sa fixation ne tient pas compte des capacités de financement de cette dernière puisque l'Etat prélève unilatéralement des fonds de cette institution et les affecte à des dépenses de santé en perpétuelle évolution, mais sans qu'aucune coordination ou concertation mutuelle soit établie entre ses caisses et les EPS.

La nature de la relation entre la sécurité sociale et les établissements publics de santé n'est pas clair car il existe bien des ambiguïtés . Ce qui ne donne pas la possibilité à la sécurité sociale de jouir de son droit de regard ni à priori ni à posteriori quand aux dépenses générées par le système de soin.

Chapitre II: La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Conclusion

Le problème de financement du système de santé en Algérie demeure une préoccupation majeure du fait de la croissance des dépenses de santé et de l'insuffisance des ressources. Ces dernières reposent sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale ainsi que sur une contribution de plus en plus importante des ménages.

La sécurité sociale participe à ce financement en offrant un spectre large de prestations au profit des assurés sociaux comme le remboursement de médicaments, la prise en charge des soins des patients transférés à l'étranger et le financement des actes médicaux fournis à ses assurés et leurs ayants-droit au niveau des EPS à travers une participation forfaitaire préétablie fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances.

Depuis son institution en 1973, ce forfait hôpitaux a connu une augmentation d'une manière soutenue et il a montré et atteint ses limites essentiellement : ils sont destinés au financement des structures de soins et non à leurs activités , ils constituent aussi un facteur d'accroissement des dépenses de santé et un risque pour l'équilibre des caisses de sécurité sociale. Ainsi, il y a l'absence d'un pouvoir de contrôle ni à priori ni a posteriori par la sécurité sociale sur l'usage de ces forfaits. C'est dans ce contexte, que l'idée de contractualiser les relations entre la sécurité sociale les prestataires de soins publics et privés c'est imposée à partir de début des années 90.

**CHAPITRE III : LA
CONTRACTUALISATION
DES RELATIONS ENTRE
LES BAILLEURS DE
FONDS ET LES
ETABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTE**

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Introduction

En Algérie, la contractualisation est un axe fondamental de la réforme hospitalière. Son principe est énoncé pour la première fois par la loi de finances de 1992, comme une nouvelle modalité de financement des établissements publics de santé, puis il est repris dans différentes lois de finances qui ont suivi. Les dispositions de ces lois précisent que, la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé, doit se faire sur la base des rapports contractuels, et non plus sur la base de forfait global.

Le processus de la contractualisation entre les organismes de la sécurité sociale, les établissements publics de santé et la direction de l'action sociale s'est distingué par la succession de trois phases importantes, depuis la promulgation de la loi de finances de 1992. La première phase a concerné la préparation des bases du processus de contractualisation en matière de textes réglementaires et de stratégies structurelles, s'en est suivie la deuxième phase entamant ainsi la mise en œuvre du processus de contractualisation. Enfin vient la troisième phase avec cependant une particularité qui a trait à l'instauration d'une tarification à blanc en attendant le lancement effectif de la contractualisation.

Dans le présent chapitre, d'abord nous allons donner le cadre conceptuel de la contractualisation en Algérie, ensuite, nous tenterons de mettre en évidence les étapes les plus importantes de la mise en place de ce dispositif, et enfin nous essayerons de présenter les différentes contraintes qui empêchent sa mise en place.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

III.1. Le cadre conceptuel de la contractualisation en Algérie

Avant d'approfondir dans le processus de mise en œuvre de la contractualisation en Algérie, il est intéressant de définir quelques concepts de base et d'expliquer le principe de cette relation contractuelle dans notre pays.

III.1.1. La notion de contractualisation

Le mot contractualisation provient du mot contrat. Ce dernier puise son origine dans le mot latin "*contractus*", qui signifie engagement des personnes. La contractualisation, selon l'OMS est « *un arrangement (ou un contrat) qui constitue un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel, ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses* ». ⁹⁹

L'arrangement contractuel, quant à lui, « *est une alliance volontaire, sur un objet donné, de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation* » ¹⁰⁰. Cette définition comporte quelques éléments clés qui nous paraissent importants à citer :

- L'alliance volontaire entre des partenaires indépendants ou autonomes : cette expression traduit le principe de liberté d'entrer en relation. En effet, il n'est pas possible de contraindre un acteur à entrer en relation mais que, dans le même temps un acteur doit être en mesure de le faire au sens juridique du terme, c'est à dire disposer d'un statut juridique lui conférant une personnalité juridique. Cette indépendance des contractants leur confère une égalité de droit, mais la réalité relève souvent une asymétrie des pouvoirs entre les acteurs d'une relation contractuelle.
- L'engagement à des devoirs et des obligations réciproques : ce point constitue le cœur même d'une relation. Les acteurs qui souhaitent entrer en relation doivent se réunir pour négocier et définir clairement les devoirs et les obligations de chacun.
- Les bénéfices de la relation : ce qui motive les acteurs à s'engager dans une relation contractuelle, ce n'est pas leur altruisme, mais surtout le but lucratif et les profits qui

⁹⁹SAIHI, M. *La contractualisation expérience étrangère*, revue de gestion des établissements de santé, n° 2, juillet 1998, n°02, p.59.

¹⁰⁰Perrot, Jean. *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé*[en ligne]. Genève : OMS, 2004. P.09. Format PDF. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>. (Consulté le 04/10/2016 à 18h09).

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

peuvent être tirés à la fin de la relation. Pour cela les acteurs étudient, examinent et évaluent les coûts et les bénéfices avant même de signer le contrat.¹⁰¹

On peut distinguer trois (03) types de relations contractuelles¹⁰²: relation contractuelle basée sur la délégation de responsabilité, relation contractuelle basée sur l'achat de service et relation contractuelle basée sur la coopération.

➤ Relations contractuelles basées sur une délégation de responsabilité

La logique en est la suivante : plutôt que de gérer directement en partie ou en totalité certains services publics ou de poursuivre leur développement, l'Etat va chercher un acteur qui accepte de le faire à sa place. A la différence de la privatisation, l'Etat conserve la maîtrise de ce développement des services de santé en établissant des relations contractuelles avec les acteurs qui acceptent cette délégation de responsabilité, et le type qui nous intéresse :

❖ La contractualisation interne

La délégation de responsabilité peut être interne, c'est-à-dire s'opérer au sein d'une même entité au sens juridique du terme. Le qualificatif de « interne » doit cependant être distingué selon que¹⁰³ :

Il n'y a qu'une seule entité au sens juridique, mais la contractualisation s'établit entre des ensembles clairement distincts au sein de cette entité. Ce sera le cas par exemple, lorsque le niveau central souhaite établir une relation contractuelle avec le niveau périphérique. Par le contrat le niveau central délègue sa responsabilité au niveau déconcentré dans l'atteinte des résultats définis. Au sens juridique du terme, il ne s'agit pas réellement d'un contrat puisque celui-ci n'est pas opposable. Néanmoins, il s'agit bien d'une relation contractuelle au sens où il y a eu négociation et accord entre les parties en présence.

Il n'y a qu'une seule entité au sens juridique et la relation s'établit entre des composantes de cette entité relevant directement de la même autorité. Par exemple la contractualisation interne au niveau d'un hôpital. Dans ce cas, chacun des services dépend de la même direction, le contrat est établi entre la direction et les différents services. Le contrat lie le chef d'établissement et les responsables des services médicaux et non médicaux. Par le

¹⁰¹ Perrot, Jean. *La contractualisation dans les pays de l'OCDE* [en ligne]. Département financement des systèmes de santé, 2006, p.17. Format PDF. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>. (Consulté le 04/10/2016 à 18h12).

¹⁰² Perrot, J. *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé*. Op.cit., P.09.

¹⁰³ Perrot, J. *La contractualisation dans les pays de l'OCDE*. Op.cit., p.17.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

contrat interne, les centres de responsabilité, que constituent les services, bénéficient de délégation de gestion de la part du directeur de l'hôpital. Ce contrat définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. L'achat peut porter sur deux niveaux soit sur des produits finis, soit sur les facteurs de production.

➤ Les relations contractuelles basées sur un acte d'achat

Avec l'émergence des acteurs privés qui ont une réputation d'offrir une meilleure prestation de service de santé, le détenteur de fonds préfère acheter ces services au lieu de les produire lui-même. Cette technique permet d'assurer une meilleure qualité de service à moindre coût grâce à la mise en place des mécanismes de concurrence entre les prestataires.

➤ Les relations contractuelles basées sur la coopération

On peut définir une relation contractuelle comme « *un accord établi dans une perspective de long terme impliquant une interaction entre membre d'organisation indépendantes qui combinent ou mettent en commun leurs moyens* »¹⁰⁴.

La contractualisation est un outil d'organisation et de gestion qui peut s'intégrer à tous les secteurs. En matière de la santé, elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une amélioration de la performance des systèmes de santé et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources disponibles.

En Algérie, le thème de la contractualisation, et principalement la relation entre les prestataires de soins et la sécurité sociale c'est-à-dire « établir un ou des contrats entre les Etablissements Publics de Soins (EPS) et les organismes de la sécurité sociale. Ce contrat impose aux contractants des droits et des obligations est qui dans le cas présent doit se traduire par une facturation qui correspondrait à une prestation réellement fournie.

Nous distinguons deux types de contractualisation dans les EPS : contractualisation interne et contractualisation externe.

¹⁰⁴ Perrot, J. *La contractualisation dans les pays de l'OCDE. Op.cit.*, p.24.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

La contractualisation externe concerne toutes les relations contractuelles qu'un EPS développe avec des acteurs externes à l'hôpital. Par contre, la contractualisation interne est le fait qu'au sein même d'un EPS des contrats d'objectifs et de moyens soient établis entre les services et la direction. Elle conduit les différentes composantes d'une même entité à dialoguer et à préciser les modalités de leurs relations. De plus, elle responsabilise les différentes composantes qui ne peuvent plus s'abriter derrière une décision hiérarchique unilatérale¹⁰⁵.

III.1.2. Le principe et les objectifs de la contractualisation en Algérie

Le principe général de la contractualisation est de redéfinir la nature des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale et de revoir les modalités de financement des soins de santé des citoyens. Et donc, la contractualisation en Algérie est limitée en achat de services.

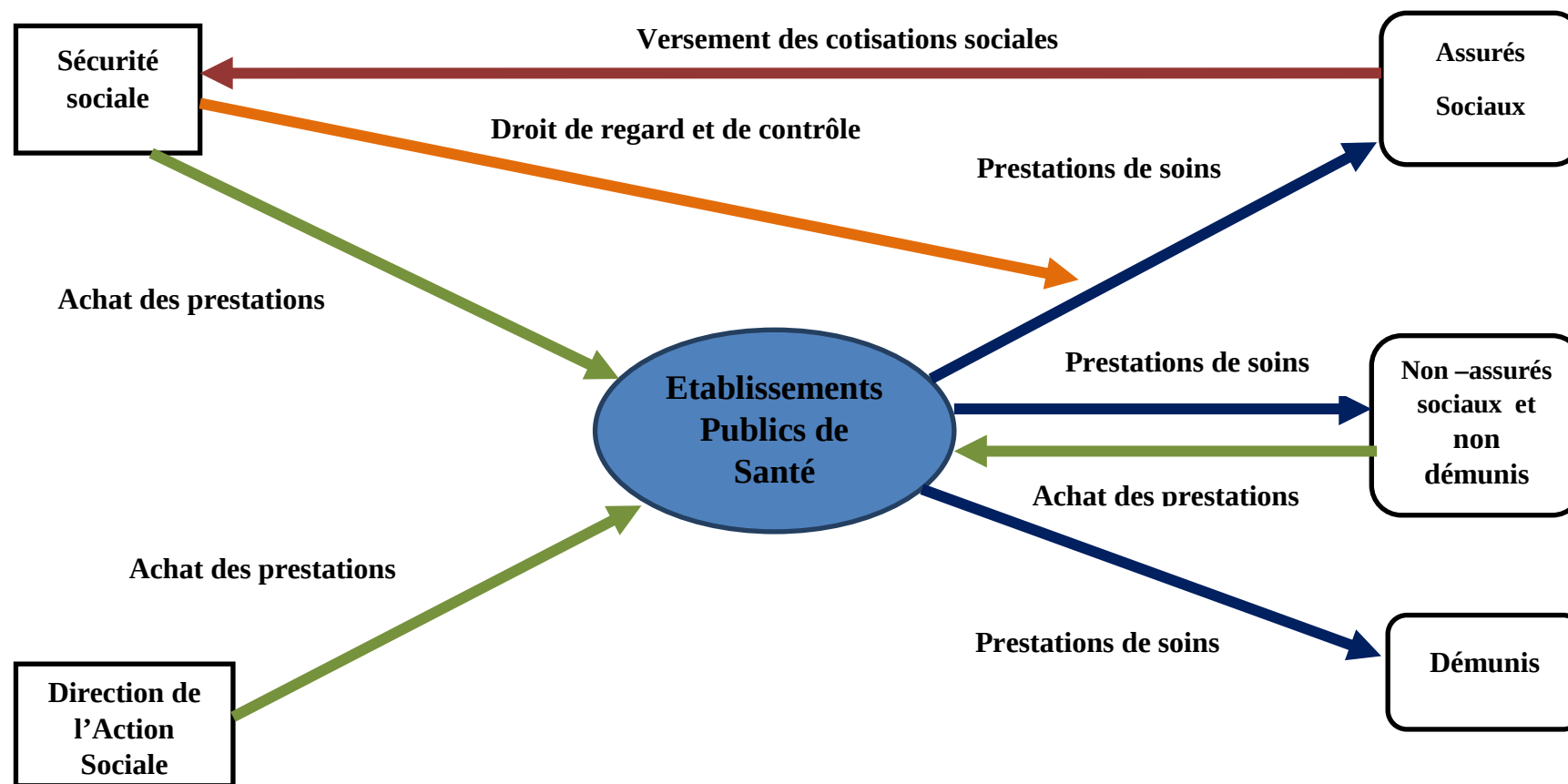
La contractualisation externe ne concerne que des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de la sécurité sociale (détenteurs de fonds) et la direction d'action sociale (DAS). En effet, les caisses de sécurité sociale achètent des services de soins en nom de ses assurés sociaux. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies.

La contractualisation est vue par la sécurité sociale comme un moyen pour exiger un droit de regard et de contrôle sur l'exploitation des ressources financières mises à la disposition des EPS et de s'assurer d'une prise en charge optimale de ses assurés sociaux, tout en réalisant un bon rapport qualité/prix. Il s'agissait également de freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins : la sécurité sociale ne prendra en charge que les assurés sociaux et leurs ayants droit et non tous les usagers du secteur public.

¹⁰⁵ Rivaldi, L., *Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?* [en ligne]. Revue de Recherche en soins infirmiers, 2006, n° 85, p. 78. Disponible sur : <http://www.sndl.cerist.dz/> . (Consulté le 19.09.2016 à 10h05).

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Schéma n° 03 : Le principe de la contractualisation en Algérie



Source : réalisé par nos soins

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

La mise en œuvre de la contractualisation en Algérie ,vise plusieurs objectifs essentiellement ¹⁰⁶:

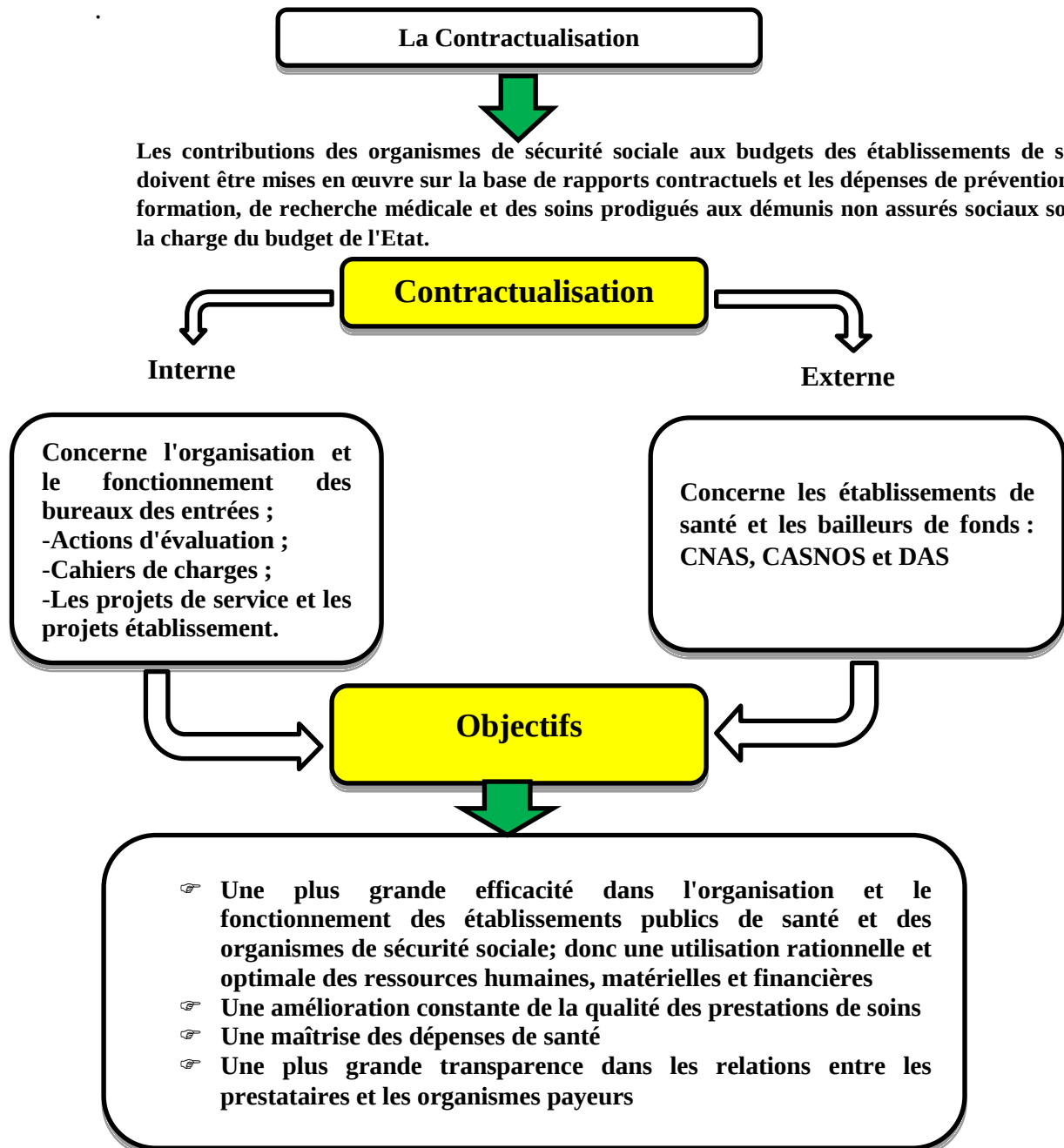
- **Identifier le statut des usagers** : pour justifier les dépenses de la sécurité sociale, il faut d'abord régler le problème de l'identification des usagers qui se présentent au niveau des établissements publics de soins,ainsi il faut connaître le statut de chaque patient demandant un soin dans les EPS (assuré social, ayant droit d'un assuré social, démuné ou non assuré social non démuné social,etc). Cette opération va permettre de classer les usagers des services des EPS en catégories bien définies pour mieux cibler l'aide de l'Etat vers les personnes nécessiteuses;
- **Une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins** : l'absence de relations directes entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins et l'opacité des fondements de cette relation, comptent parmi les principales causes à l'origine de la contractualisation dont les objectifs consistent justement à corriger cette imperfection et à refonder une relation de coopération axée sur la transparence;
- **Une meilleure maîtrise des dépenses** :c'est l'objectif pour les deux parties, les EPS pour contrôler et justifier toutes les dépenses des services de santé, et les organismes de sécurité sociale pour contrôler et garantir une meilleure qualité des soins aux assurés sociaux;
- **Une amélioration de la qualité des prestations de soins** : il est clair que si la contractualisation favorise la mobilisation des ressources et des moyens nécessaires au bon fonctionnement des EPS, l'amélioration de la qualité des soins s'ensuit immédiatement ;
- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale,permettant une utilisation rationnelle et optimale des ressources humaines, matérielles et financières.

¹⁰⁶ CHEURFA,T. KAIDTLILANE, Noura. *La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives*. In : Séminaire international sur l'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : regards croisés sur les bonnes pratiques internationales. 28-29 Avril 2014, Université Constantine 2, p.15-16.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Le schéma ci-dessous récapitule tout ce qu'on a traité précédemment sur la contractualisation en Algérie.

Schéma n° 04 : Contractualisation en Algérie



Source: Direction de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière de Constantine. *Contractualisation des relations entre établissements de santé ; organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale[en ligne]*. Format pdf Disponible sur: <http://www.sante.dz/> (consulté le 19/10/2016 à 10h06).

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

III.2. Le processus de mise en œuvre de la contractualisation en Algérie

Le processus de la mise en œuvre de la contractualisation entre les EPS ,les organismes de la sécurité sociale et la DAS en Algérie, a connu trois grandes phases depuis la loi de finances de 1992.

III.2.1. La phase préparatoire de la contractualisation

La loi de finances de 1992 a introduit ainsi le principe de la contractualisation, entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins en remplacement du «Forfait-Hôpitaux».

*« ...la mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base de rapports contractuels liant la sécurité sociale et le ministère de la santé et de la population dont les modalités seront fixées par voie réglementaire... »*¹⁰⁷ .Cette loi a été suivie par d'autres. Elles précisent par ailleurs, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

Un début de mise en œuvre de ces dispositions est engagé par une mesure prise en application de l'article 165 de la loi de finances de 1995. L'arrêté interministériel du 07 janvier 1995 fixe une contribution des patients aux frais d'hôtellerie et de restauration en milieu hospitalier à 100 DA / jour ,ainsi qu'aux frais de consultation à raison de 50 DA pour la médecine générale et 100 DA pour les spécialités.

Les réactions de rejet enregistrées ont conduit à la diffusion d'une circulaire datée du 05 avril 1995 du ministre de la santé excluant du champ d'application la majorité des citoyens.¹⁰⁸ La contractualisation n'est pas concrétisée qu'en 1995, suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995. Un comité interministériel chargé de la contractualisation est installé le 10 Avril 1995. Il est composé de représentants qui constituent les acteurs de cette relation contractuelle à savoir : du ministère de la santé et de la population , du ministère du travail et de la protection sociale , du ministère des finances , de la caisse nationale des assurances sociales (CNAS) , de la caisse nationale de la sécurité sociale des non salariés (CASNOS) et des gestionnaires des établissements publics de santé.

¹⁰⁷ Art 175 de la loi finances 1992, J.O.R.A n°65 de 19 décembre 1991.

¹⁰⁸ Direction générale d'études statiques et organisme sur la contractualisation, direction générale CNAS. La contractualisation. Alger, 2012, p. 2.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Les travaux du ce comité ont porté essentiellement sur :

- L'élaboration et la mise en place de supports d'information standardisés et d'évaluation (demande d'hospitalisation, bulletins d'admission, fiche navette, etc) ;
- La réhabilitation et généralisation des bureaux des entrées au niveau des établissements publics de santé ;
- L'informatisation progressive des fonctions et des procédures d'admission et de délivrance de prise en charge des patients au niveau des bureaux des entrées¹⁰⁹.

Cependant, ce processus est freiné par quatre difficultés majeures :

- La non application ou même l'abandon des fonctions essentielles des bureaux des entrées, accompagné par l'absence des supports de gestion au niveau des établissements publics de santé et des organismes de la sécurité sociale. Ce comportement est justifié du fait de l'application du principe de la médecine gratuite ;
- Un manque flagrant de volonté de coopération et de motivation des personnes chargées de renseigner les supports d'information ;
- La non-actualisation de la nomenclature générale des actes professionnels de tarification qui n'a pas été révisée depuis 1987, surtout que les écarts entre les prix actuels et les prix de référence se creusent d'une année à une autre ;
- Le problème de l'identification des démunis non assurés sociaux.

Le 09 septembre 1997, officialise la mise en œuvre d'un processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient dans six (06) établissements hospitaliers (pilotes)¹¹⁰ :

- CHU : Mustapha d'Alger et Nadir Mohammed de Tizi-ouzou ;
- EHS Ait Idir, Centre de cancérologie Pierre et Marie Curie et Hadi Flici-EI Kettar ;
- Secteur sanitaire de Médéa.

¹⁰⁹ HARROUZ, Mohammed-Lamine. *La contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé (approche juridique) la direction générale de la CNAS*. Mémoire de master professionnel, école supérieure de la sécurité sociale, Alger, 2016, p. 36.

¹¹⁰ ARHAB, Said. *La contractualisation des relations CNAS-Santé : fonctionnement, contraintes et optimisation de la fiche navette*. Communication, document 2 : l'approche contractuelle en Algérie, laboratoire de recherche de l'ENMAS, juin 2005.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Les résultats de cette expérimentation sont confortés par une expertise, confiée au début de 1998 au centre national d'études et d'analyse pour la planification CeNEAP, qui remet son rapport final en juin 1999. Cette expertise valide la démarche du comité interministériel, en ce qui concerne¹¹¹ :

- Les supports d'information et d'évaluation à mettre en œuvre ;
- La généralisation de la mise en place du bureau des entrées ,source principale du système d'information et d'évaluation périodique des activités de soins, dans l'ensemble des six (06) établissements hospitaliers « pilotes » ;
- La sensibilisation et la formation des personnels ;
- L'évaluation des activités des services hospitaliers ;
- L'identification des avantages et inconvénients de différents modes de facturation.

Dans l'intervalle, un décret exécutif n° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux est publié. En fait, ce texte détermine les modalités d'identification des démunis.

Une autre tentative a échoué notamment par sa précipitation, effectuée par l'arrêté interministériel du 26 janvier 2002 qui maintient les dispositions de l'arrêté du 07 janvier 1995 pour les assurés sociaux et fixe une contribution financière conséquente pour les non démunis non assurés sociaux aux frais d'hospitalisation et aux examens complémentaires.

La mise en application de ce texte est « suspendue jusqu'à nouvel ordre ... » par une instruction du MSPRH du 13 juillet 2002.¹¹² Suite à cela, un comité interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en oeuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale est créé et installé le 16 mars 2002¹¹³. Son rapport d'étape du 19 mai 2002 précise les objectifs de la contractualisation et propose aussi d'étudier deux modes de paiement des frais d'hospitalisation : le premier fondé sur « **le prix moyen de la journée d'hospitalisation** » et l'autre mode fondé sur « **le forfait par pathologie** » .

¹¹¹CHAOUCHE, A. *Le financement du système de santé*, op.cit., p.09

¹¹² Direction générale d'études statiques et organisme, direction générale de la CNAS. *La contractualisation*. Op.cit., p.03

¹¹³SALMI M, *La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins*. Op.cit., p.14.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

❖ Le prix moyen de la journée d'hospitalisation (PMJH)

La facturation du service médical fourni aux assurés sociaux, selon ce mode de paiement, est opérée sur la base d'un prix moyen de la journée d'hospitalisation. Elle est basée sur deux critères ¹¹⁴:

- *Le type d'établissement de soins (Centre de Santé de Base, Hôpital Régional, CHU, etc)* sachant très bien qu'à chaque fois qu'on passe d'un niveau inférieur à un niveau plus élevé, le prix de la même prestation augmente. Ce critère est proposé comme solution aux problèmes de la saturation des hôpitaux des chefs lieux des villes, des CHU, etc, et pour inciter les patients à respecter l'hiérarchisation des niveaux des structures de soins.

Tableau n°07: Les prix moyens de la journée d'hospitalisation (PMJH) en (DA).

G.S.H	CHU	EHS	Secteur sanitaire
Médicale	6 000,00	5 000,00	4 000,00
Chirurgicale	8 000,00	7 000,00	6 000,00
Maternité	7 000,00	7 000,00	7 000,00
Psychiatrie	2 000,00	2 500,00	2 000,00
Coûteuses	15 000,00	15 000,00	11 000,00

Source : Ministère de la Santé; « mise en œuvre de la contractualisation », 2003.

- *Le groupe de spécialité homogène de spécialité ou de maladies :* les principales pathologies traitées à l'hôpital sont classées en cinq groupes selon le traitement commun qui leur sera servi. Elles sont réparties comme suit :

¹¹⁴FOUDI, B. *Op.cit.*, p.137.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Tableau n° 08 : Les cinq groupes de spécialités homogènes (GSH).

Médicales	Chirurgicales	Maternité	Spécialités lourdes et couteuses	Psychiatrique
Cardiologie	Anesthésie réanimation	Maternité	Oncologie chirurgicale	Psychiatrie
Dermatologie	Chirurgie générale		Néonatalogie	Pédopsychiatrie
Endocrinologie	Chirurgie maxillo-faciale		Oncologie médicale	
Gastro-entérologie	Chirurgie Thoracique		Réanimation médicale	
Hématologie	Chirurgie vasculaire		Radiothérapie	
Infectiologie	Ophtalmologie		Chirurgie cardiaque	
Médecine interne	ORL		Grefe	
Néphrologie	Orthopédie			
Pneumo-phtisiologie	Traumatologie			
Allergologie	Neurochirurgie			
Médecine Nucléaire	Gynécologie obstétrique			
Neurologie	Urologie			
Rééducation fonctionnelle				
Pédiatrie				
Diabétologie				

Source : Ministère de la Santé; « mise en œuvre de la contractualisation », 2003.

❖ Le forfait par pathologie (FPP)

C'est une démarche un peu plus compliquée comparativement à la première, car elle nécessite le recours à l'intervention des experts pour aboutir à un consensus thérapeutique typique pour chaque pathologie, en lui ajoutant les frais d'hôtellerie et de restauration pour déterminer à la fin un prix par pathologie. Cette tâche nécessite de faire appel aux principes de

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

la comptabilité analytique hospitalière .Elle exige également la mobilisation préalable des sources pour couvrir les charges de rémunération des experts à engager¹¹⁵.

Avant de s'engager pleinement dans l'application du dispositif de la contractualisation, le CIM a défini en 2002 les étapes à venir pour la mise en œuvre du processus. Elles se résument en les points suivants¹¹⁶ :

Tout d'abord, mettre en place un système d'identification des assurés sociaux et des ayants droit au niveau des établissements publics de santé. Pour remédier le problème de l'identification des démunis non assurés sociaux, le CIM a exigé de faire appel aux représentants du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Nationale qui est devenu un partenaire à part entière dans la contractualisation,et est chargé du dossier de l'identification de ces démunis .

Ensuite, faire un éclairage sur les conditions et les procédures de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale : quant à cet axe des travaux de CIM, les trois secteurs ont élaboré un document sous le titre de : « Guide des procédures pour la mise en œuvre des relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas ». Ce guide élaboré en décembre 2002 pour le bon déroulement de l'identification des patients et des soins qui leurs sont prodigués, et rendre disponible et fiable les informations nécessaires à l'opération contractuelle, a défini : le rôle du bureau des entrées au niveau des établissements hospitaliers , les missions du service hôpitaux cliniques au niveau des agences des organismes de sécurité sociale et celles du service de la protection sociale des catégories défavorisées des directions de l'action de wilayas et les modalités de prise en charge selon les cas d'hospitalisation programmé ou d'hospitalisation d'urgence .

Enfin, élaborer et déterminer la méthode de calcul des prix moyens de la journée d'hospitalisation par GSH et par type d'établissements et la durée moyenne de séjour normative pour les cinq (05) groupes de spécialités.

En effet le CIM dans son rapport du 19 mai 2002 a envisagé une démarche parallèle à la fixation du PMJH qui vise à concrétiser l'approche par pathologie. Cette démarche comporte : la mise en place d'un groupe d'experts qui ont comme mission , le calcul du prix

¹¹⁵FOUDI, B. *op. cit.*, p.138

¹¹⁶HARROUZ, M-L. *Op.cit.*, p.39-40-41.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

moyen de la journée d'hospitalisation, la fixation d'un calendrier des travaux en fixant des objectifs intermédiaires et le suivi et l'évaluation périodique des travaux.

A la fin de cette période, le CIM dans son rapport d'étape du 31 décembre 2002, propose la réalisation d'une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement (CHU, EHS, hôpital général) et par groupes de spécialités homogènes, dans dix (10) établissements de santé.

III.2.2. La phase expérimentale de la contractualisation

La première phase de mise en oeuvre de la contractualisation par une opération de simulation de facturation est engagée dans dix (10) établissements publics de santé en date du 14 Janvier 2003 (Instruction interministérielle du 14 Janvier 2003) ¹¹⁷: les centres hospitalo-universitaires d'Alger (Mustapha Pacha), de Constantine et de Blida, les secteurs sanitaires de Média, Ouargla, Arzew et Ain Turk (Oran) ainsi que les établissements hospitaliers spécialisés de El-Bouni (Annaba), El-Riad (Constantine) et le Centre Pierre et Marie Curie (Alger).

La même décision interministérielle, porte la création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation et de comités intersectoriels dans les wilayas concernées, auxquels sont intégrées les DAS en raison de la nécessité de l'identification des démunis non assurés sociaux, en vue de leur prise en charge ¹¹⁸.

Le bilan de l'opération de simulation à la fin 2003 au niveau des établissements publics de santé, fait ressortir ¹¹⁹: des progrès dans le fonctionnement des bureaux des entrées, le renseignement des supports de gestion, l'informatisation du suivi médico administratif du malade hospitalisé ainsi que dans l'application des PMJH basés sur la méthode du calcul des coûts. Des contraintes sont aussi relevées, liées aux difficultés d'identification des démunis non assurés sociaux, à l'absence d'un fichier national d'identification des assurés sociaux ainsi qu'à l'insuffisance de l'information et de la vulgarisation.

¹¹⁷Direction générale d'études statiques et organisme, direction générale de la CNAS. *La contractualisation*, Op.cit., p. 04.

¹¹⁸Direction de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière de Constantine. *Contractualisation des relations entre établissements de santé ; organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale[en ligne]*. Format pdf Disponible sur: <http://www.sante.dz/> (consulté le 19/10/2016 à 10h06).

¹¹⁹Direction générale d'études statiques et organisme, direction générale de la CNAS. *La contractualisation*, Op.cit., p.05.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Après ce constat, un programme d'actions pour l'année 2004 est mis en place insistant sur ¹²⁰ : la généralisation de l'opération à l'ensemble des établissements publics de santé, en ce qui concerne notamment, les supports de gestion standardisés et validés ainsi que l'extension de l'utilisation de l'outil informatique dans les différentes étapes du processus. Il est décidé aussi la définition et la mise en oeuvre d'un programme de formation en direction de l'ensemble des personnels impliqués dans ce processus.

L'intégration au comité interministériel d'un représentant du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Locales, en vue d'accélérer et faciliter l'identification des démunis, mission en grande partie à la charge des APC.

La consécration du programme d'action de l'année 2004 fut la publication du décret exécutif n° 04-101 du 1^{er} avril 2004(voir annexe n°04), fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, pour être mis en application dès le 1^{er} Janvier 2005 . Les dispositions principales de ce décret sont¹²¹:

Dans le cadre des relations contractuelles liant les organismes de sécurité sociale au ministère de la santé, la contribution financière annuelle aux budgets des établissements publics de santé est versée par tranche trimestrielle, sur la base des informations communiquées par ces derniers. Ces informations portent sur l'identification des assurés sociaux ou de leur ayants droit hospitalisés, le service, la durée du séjour, la nature et le montant des prestations fournies .

Les organismes de sécurité sociale peuvent procéder au contrôle médical des prestations fournies aux assurés sociaux et à leur ayants droit et à toute vérification sur dossier et / ou sur patient au niveau des EPS. Ces organismes ont à leur charge d'actualiser le fichier national des assurés sociaux et de leurs ayants droit et de mettre en place des "services hôpitaux cliniques" destinés à faciliter la reconnaissance de l'ouverture du droit à leur prise en charge.

La mise en application de ces dispositions est précisée par ¹²²l'instruction interministérielle du 18 octobre 2005 portant sur les modalités de recueil des informations relatives aux assurés sociaux pris en charge dans les établissements publics de santé et la

¹²⁰HARROUZ, M L. *Op. cit.*, p. 42.

¹²¹Décret exécutif n°04-101 du 11 safar 1425 correspondant au 1^{er} avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé; J.O.R.A n° 20 du 4 avril 2004.

¹²² Direction générale d'études statiques et organisme, la direction générale de la CNAS. *La contractualisation. Op.cit.*, p.07.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

décision interministérielle du 18 octobre 2005 portant création des comités intersectoriels de wilayas chargés du suivi de la contractualisation. Ce comité est présidé par le Wali ou son représentant et il est composé du directeur de la santé et de la population ,du directeur de l'action sociale de wilaya , des directeurs des établissements publics de santé concernés ,des directeurs des agences de wilayas des organismes de sécurité sociale (CNAS,CASNOS) et du médecin conseil de la coordination.

Ce comité est chargé de veuiller au bon déroulement de la mise en œuvre du processus de contractualisation et de prendre en charge les dysfonctionnements éventuels .Par ailleurs ,il a pour mission d'établir un rapport mensuel qui devra être transmis au comité interministeriel de suivi et d'évaluation .Il est censé également d'initier des actions d'information et de sensibilisation en direction de la population, du mouvement associatif et des responsables locaux.

La révision de la nomenclature des actes médicaux et la tarification, réalisée conformément au décret 05-257 du 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens - dentistes et des auxiliaires médicaux :

- Une nouvelle nomenclature publiée en 2007.Ainsi, la nouvelle nomenclature comporte près de 8000 actes soit plus de 400 % d'augmentation du nombre d'actes médicaux, chirurgicaux et d'imagerie¹²³ ;
- La tarification : travaux de la commission achevés, dossier soumis.

Le texte est adopté et prévoit une série de dispositions à l'encontre des organismes de sécurité sociale et des établissements publics de santé.

❖ Les dispositions du décret 04-101 à l'encontre des organismes de sécurité sociale ¹²⁴

Dans le cadre de la mise en application des dispositions du décret exécutif 04-101 du 1^{er} avril 2004, et la mise en place de la contractualisation, la CNAS a entrepris des actions tant qu'au niveau national que local permettant d'asseoir la plate forme de la logistique matérielle et humaine, de même, de garantir le bon fonctionnement du processus de contractualisation.

¹²³ CHAUGRANI, Saada., KADDAR, Miloud. *Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé[en ligne]*.2010, volume 28, pages 179-193. Format PDF. Disponible : <http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales1-2010-5-page-179.htm> . (Consulté le 04/10/2016 à 10h03).

¹²⁴Direction générale d'études statiques et organisme, la direction générale de la CNAS. *La contractualisation*. Op.cit., p.25-26-27-28.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

➤ *Au niveau de la Direction Générale*

- _ Installation d'un portail d'échange;
- _ Remise du logiciel IDASS aux responsables du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière chargés de sa diffusion et de son installation au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux;
- _ Production de 1621 clés de professionnels de santé (Token);
- _ Mise à jour de la base d'identification des assurés sociaux IDAAS;
- _ Connexion au système IDAAS : soit par ligne RTC ou par ligne ADSL;
- _ Élaboration et diffusion aux agences des procédures relatives à la mise en œuvre de la contractualisation ;
- _ Formation des ingénieurs des centres de calcul pour assister les structures de santé en cas de besoin et procéder à la récupération des fichiers définis (fichiers entrées et sorties des malades, fichiers titres de perception);
- _ Organisation de regroupements régionaux d'information en direction des cadres du secteur ;
- _ Organisation des sessions de formation en direction des Sous Directeurs des prestations, des Médecins Chef, des Responsables et des Médecins Conseil des services Hôpitaux Cliniques des Agences.

➤ *Au niveau des Agences de Wilaya*

- _ Mise en place au niveau de chaque agence d'un comité de suivi composé du Directeur, des Sous Directeurs des Prestations et des Finances, du Médecin Chef et du Chef de Centre de Calcul ;
- _ Mise en place de 49 services Hôpitaux- Cliniques conformément à l'article 5 du décret exécutif n°04-101 du 1^{er} avril 2004, dotés de moyens humains (un effectif de 180 dont 62 médecins conseils) et matériels nécessaires ;
- _ Installation des logiciels et des connexions ;
- _ Activation de 1383 clés de professionnels de santé;
- _ Vérification au niveau des bureaux des entrées des établissements publics de santé l'installation du logiciel IDASS, l'existence des lecteurs de cartes « Chifa » et l'interopérabilité des systèmes d'échanges ;

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

- Organisation des contrôles médico-administratifs par les services de la CNAS (Agents Administratifs et Médecins Conseils) au niveau des Établissements publics de santé conformément à l'article 4 du décret exécutif n°04-101 du 1er avril 2004.

❖ *Les dispositions du décret 04-101 à l'encontre des établissements publics de santé*¹²⁵ :

Au titre de la contractualisation, des efforts sont portés au niveau des établissements publics de santé en matière d'amélioration de leur organisation et fonctionnement, des actions d'évaluation des activités et des coûts, des contrats d'objectifs et de moyens ainsi que des projets de services et d'établissements.

III.2.3. La phase de mise en application du processus de la contractualisation

Le 21 janvier 2009, un conseil interministériel présidé par Monsieur le premier ministre s'est tenu au palais de gouvernement et est consacré à la mise en œuvre de la contractualisation. Cette réunion s'est tenue en présence de Messieurs les Ministres : du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, des Postes et des Technologies de l'Information et des Communications, de Monsieur le Ministre délégué aux Collectivités Locales, de Messieurs les Secréétaires Généraux du Ministère des finances et du Ministère de la Solidarité, de la Famille et de la Communauté Nationale à l'étranger, ainsi que les cadres relevant de ces secteurs.

A cet effet il y a lieu de procéder à :

- La réhabilitation et la réorganisation des bureaux des entrées et la mise en place des méthodes fiables d'identification du statut du malade ;
- L'organisation des structures hopitaux-cliniques des caisses de la sécurité sociale ;
- La détermination du mode de tarification et l'adoption de la comptabilité analytique au niveau des structures de santé ;
- La connexion entre les différents logiciels (sécurité sociale -santé- solidarité) sous le contrôle technique du ministère des postes et des technologies de l'information et des communications ;

¹²⁵HARROUZ, M-L. *Op .cit.*, p. 48.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

- La réalisation d'un plan d'information et de communication (large public) après la fin du mois d'avril 2009¹²⁶.

Après cette réunion, plusieurs réunions officielles tenues pour évaluer la démarche de la contractualisation, mais n'ont pas fourni de nouveau, jusqu'à l'année 2010, le président de la république a annoncé que le 1^{ier} mars 2010 sera le lancement effectif de la contractualisation quelles que soient les circonstances. Depuis cette date, la démarche de la contractualisation a connu un lancement, mais tout se fait à blanc, c'est-à-dire les EPS génèrent les factures qui justifient les services des soins et les transmettent à la CNAS sans qu'il y ait paiement, tout en gardant la contribution annuelle des organismes de sécurité sociale (forfaits hospitaliers). Le mécanisme de la contractualisation est encore inopérant.

➤ **Expérience de la CNAS en matière de la contractualisation par mode de facturation FPP**

Dans le but de présenter des arguments réalistes au gouvernement afin de défendre le mode de facturation suggéré « forfait par pathologie », la CNAS a élaboré une convention avec les hôpitaux militaires (convention CNAS/ Direction Centrale des Services de Santé Militaire (DCSSM)) signée le 05 février 2010, et entrée en vigueur le 01 mars 2010 ayant pour objet la prise en charge médicale au sein des établissements hospitaliers militaires de certaines catégories de personnels : le personnel civil contractuel exerçant au niveau des structures militaires hospitalières des services de santé militaire, médecins spécialistes en formation affectés au niveau des hôpitaux militaires à caractère universitaire et enseignants détachés dans les établissements de formation de l'Armée Populaire Nationale (APN).

Seuls les assurés sont concernés, leurs ayants droit sont exclus, à l'exception du nouveau-né de l'assurée sociale ayant accouché dans l'un des établissements militaires concernés. Ces personnes bénéficient des prestations d'hospitalisation et des soins ambulatoires. Ces derniers concernent les assurés sociaux souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques et pour lesquelles les médecins traitants de l'hôpital militaire établissent un protocole de soins.

La sécurité sociale, a par ailleurs développé grandement ce mode de tarification par pathologie dans ses relations contractuelles avec : les établissements hospitaliers étrangers de France, Belgique, Suisse et Grande Bretagne et les cliniques de chirurgie cardiaque

¹²⁶HARROUZ, M-L. *Op.cit.*, p. 50.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

interventionnelle et d'hémodialyse en Algérie. Une convention avec les hôpitaux militaires algériens est en voie de finalisation qui couvrira l'ensemble des usagers civils, assurés sociaux, bénéficiaires de prestations de soins dans ces établissements.

Une grande expérience est acquise également en matière de relations conventionnelles avec les pharmacies d'officines et les médecins traitants. La convention entre la CNAS et les hôpitaux militaires est représentée comme un exemple de contractualisation expérimentant les propositions de la CNAS en matière de relation contractuelle avec les EPS (tarification par pathologie).

III.3. Contraintes et préalables à la mise en place de la contractualisation en Algérie

La contractualisation en Algérie, malgré son ancienneté et que son domaine d'application se réduise uniquement aux modalités de financement des EPS, elle est encore inopérée à cause des entraves qui l'empêchent d'avancer. Pour remédier à ce problème nous essayons de présenter quelques préalables indispensables à la mise en place de la contractualisation.

II.3.1. Les contraintes

Le processus de mise en œuvre de la contractualisation a rencontré un certain nombre de contraintes entre autres :

➤ L'inefficacité des campagnes d'information et de sensibilisation envers les citoyens

Le 28 décembre 1973 a été promulgué le décret 73-65 qui institue le principe de gratuité de soins. Par la suite des réaménagements financiers ont touché le secteur public de la santé, un arrêté interministériel daté de 07 janvier 1995 détermine la nature et provenance des ressources allouées au secteur public de soins de santé à disposer d'une contribution non remboursable des ménages (excepté les démunis et les malades chroniques) à hauteur de 50 DA pour les consultations ordinaires et 100 DA pour les consultations spécialisées et les services d'hôtellerie.

Cela signifie que le principe de la gratuité des soins est affecté depuis l'année 1995 à la suite des facteurs externes, et en face de la non application de l'article 7 de décret exécutif 04-101 qui font que la nécessité d'éduquer les citoyens sur le processus de la

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

contractualisation. Nous notons une réaction négative de leur part, qui a eu lieu en 2006, lorsque les citoyens sont sortis pour protester contre l'application du système de contractualisation parce qu'ils pensent que c'est la fin de la gratuité des soins.

➤ Les contraintes de l'identification des usagers d'EPS

Le secteur de la sécurité sociale a apporté une grande contribution pour l'identification des statuts des patients qui se présentent à l'hôpital, en identifiant les assurés sociaux et leurs ayants droit à travers la carte « Chifa » pour ceux qui la détiennent ou par l'accès à la base de données nationale (IDAAS). Le système prévoit un échange de données automatique entre le système d'identification des assurés sociaux (IDAAS) et le logiciel « patient » du Ministère de la Santé, ainsi la transmission quotidienne des informations des établissements publics de santé vers les organismes de sécurité sociale. Ces informations portent sur le fichier des entrées (liste des assurés ou ayants droit d'assurés hospitalisés), fichier des sorties et le fichier des prestations fournies.

Le secteur a participé aussi à l'identification des démunis à travers des mesures prises dans le cadre de l'entraide administrative. De plus, le fichier des démunis va être intégré dans les fichiers d'identification élaborés par le secteur de la sécurité sociale. Mais le problème de cette identification persiste toujours suite au manque d'un fichier national des démunis non assurés malgré la publication du décret n°01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins de cette partie de la population.

Concernant les personnes qui ne sont pas reconnues ni comme des assurés sociaux ou de leurs ayants droit ni comme des démunis, la sécurité sociale a présidé un groupe de travail intersectoriel chargé d'identifier ces catégories et de trouver les voies et les moyens de les intégrer dans le dispositif de la contractualisation.

➤ La difficulté d'exploitation de l'information provenant des EPS

La fiche navette est un document très important dans la procédure de transmission d'informations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements publics de santé. (voir annexe n°5).

A la lumière de l'étude et de l'analyse de la fiche navette en cours de circulation au sein des structures de la phase « test », un certain nombre de contraintes sont rencontrées :

- **Liées à l'exploitation de la fiche navette :** écriture illisible, fiche navette non remplie correctement (des actions non codifiées, parfois non désignées), diagnostic

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

omis et médicaments consommés non portés. La fiche navette ne suit pas le malade lors de son passage aux services d'exploitation (radiologie et laboratoire) et lors des transferts vers les établissements externes. Ce document est non tenu au niveau des services des urgences. Il a un cadran insuffisant pour porter l'ensemble des informations (médicaments) et absence de cadran pour la transcription des actes paramédicaux.

En plus des contraintes liées à la fiche navette, on peut citer d'autres à savoir :

- _ Irrégularité dans la transmission électronique des fichiers (entrées, sortie, factures) où l'information est incomplète, ce qui rend leur exploitation impossible par la sous-direction chargée de la gestion du centre de calcul au niveau d'une agence ;
- _ Problème de transmission d'informations relatives aux données statistiques suite aux écrits émanant de la tutelle des établissements publics de santé ;
- _ Problème de connexion entre les partenaires, largement évoqué par les bureaux des entrées ;
- _ Refus par certains établissements publics de santé de permettre aux organismes de sécurité sociale de procéder au contrôle médical des prestations fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, et à toute vérification sur dossier et/ou sur patient ;
- _ Manque de maîtrise des outils de travail.

➤ La problématique de la tarification

Lors du traitement de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les organismes de sécurité sociale et des structures publiques de santé, la question de la tarification constitue la pierre d'achoppement entre les secteurs en charge de la sécurité sociale et celui en charge de la santé. Une divergence de fond s'exprime sur le mode de tarification à adopter. Le secteur de la santé propose et défend le mode de tarification par journée d'hospitalisation cependant le secteur de la sécurité sociale propose et défend le mode de tarification du forfait par pathologie.

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière affirme dans le document de présentation du mode de tarification adopté (PMJH) que l'approche proposée résulte du bilan d'un processus appliqué de 2002 à 2007, uniformisé ,généralisé et assimilé dans les établissements de santé. Au vue des expériences internationales, le ministre chargé de

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

la sécurité sociale a privilégié le mode de financement prospectif à la pathologie (forfait par pathologie). Il a argumenté sa proposition par le fait que ce mode de financement lie les remboursements aux prestations sanitaires réelles fournies par les établissements publics de santé. Il est également le mieux adapté pour le contrôle des actes et soins prodigués, l'évaluation transparente des activités, et la garantie aux établissements de soins des ressources financières en fonction de leurs activités et par conséquent la maîtrise des dépenses. Face à ce désaccord sur la tarification entre les deux parties, un arbitrage du premier ministre était en faveur de la santé, sans pour autant régler le problème de la tarification.

Enfin la lenteur dans l'application des différentes étapes de la mise en place de la contractualisation est due essentiellement à l'absence d'une volonté politique réelle suffisante pour l'achèvement rapide de la réforme engagée, et ce, afin de passer à l'étape d'évaluation post réforme, la démotivation du personnel d'un côté et la mésentente des acteurs impliqués d'un autre côté constituent des facteurs importants qui bloquent le processus.

III.3.2. Les préalables à la mise en place de la contractualisation

Afin de remédier aux contraintes rencontrées lors de la mise en œuvre du processus de contractualisation, nous pouvons suggérer les préalables suivants :

- Une campagne de sensibilisation et d'information incarnée par un plan de communication envers les citoyens des plus performants doit être menée en étroite collaboration entre les deux secteurs concernés par la contractualisation ;
- Une volonté réelle et permanente d'œuvrer à accompagner l'infrastructure déjà mise en place pour réussir le lancement de la contractualisation ;
- Donner un signal fort et réel par les deux secteurs au pouvoir publics, de leur entière disponibilité quant au lancement effectif de la contractualisation ;
- Convaincre le pouvoir législatif sur l'importance d'intégrer au sein de l'avant projet de la loi sanitaire, le principe de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé ;
- Etant donné que la contractualisation n'est qu'à sa phase de mise en œuvre (facturation à blanc), il serait souhaitable de recourir à un autre arbitrage du gouvernement pour définir définitivement le mode de paiement qui bascule entre le prix moyen de la journée d'hospitalisation proposé par le secteur de la santé et le forfait par pathologie proposé par le secteur de la sécurité sociale ,surtout qu'on on sait

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

que ce dernier comptabilise une expérience de six années d'application dans le cadre de la convention CNAS/DCSSM ;

- La nomenclature des actes et de la tarification professionnelle établie en 1987 doit être impérativement soumise à la révision, en complétant la nomenclature des actes et en revoyant à la hausse leurs valeurs. Or cette tarification ne correspond plus à la réalité. A titre d'exemple, l'acte de biologie est de 2 DA. Le décret portant commission de nomenclature et de tarification des actes attend toujours sa signature. Ceci dit, l'un des premiers aspects liés à la mise en œuvre de la contractualisation se trouve ainsi négligé et ignoré étant donné que la nouvelle nomenclature fait partie intégrante des mécanismes de ce processus enclenché qui ne peut pas être réussi et évalué sans ce point précis ;
- Déterminer avec rigueur et précision la partie des patients démunis pour qu'ils puissent bénéficier des subventions et l'aide de l'Etat, et écarter de cette partie ceux qui ne sont ni assurés ni démunis à travers l'application rigoureuse de l'identification du statut du patient ;
- Impliquer le secteur privé, réputé pour sa bonne qualité de prestation et sa réactivité, dans le processus de la contractualisation, et ce afin de favoriser la constitution d'un système de santé intégré (acteur publics et privés travaillant tous pour un objectif unique : celui de l'amélioration de l'état de santé de la population) ;
- Former et informer le personnel de santé impliqué directement dans le processus de contractualisation ;
- La nécessité de définir un projet d'établissement au niveau des EPS, qu'est de l'apanage de la direction générale. Il est défini sur la base du projet médical, retient les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers. Les moyens humains, matériels et financiers dont l'établissement doit disposer pour réaliser les objectifs retenus doivent être minutieusement déterminés et répartis entre les différents centres de responsabilité en fonction des actions arrêtées ;
- La crise économique que traverse le pays actuellement, nécessite de recourir à la relation contractuelle entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, afin de stopper l'évolution de la montée alarmante du forfait hôpitaux, dans le but maîtriser les dépenses de la CNAS et sa pérennité ;

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

- Mettre en œuvre avec plus de rigueur la réforme de contractualisation pour accélérer l'achèvement de l'expérience et passer à l'étape de l'évaluation, et ce dans le but d'apprécier les résultats obtenus.

Chapitre III : La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les établissements publics de santé

Conclusion

La contractualisation est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources disponibles.

En Algérie, la contractualisation est conçue pour revoir les modalités de financement des structures publiques de soins (hôpitaux publics) par les bailleurs de fonds (sécurité sociale). Il s'agissait effectivement d'une révision d'une partie du financement du système de santé, à savoir l'achat des services de soins par les organismes de la sécurité sociale.

La crise économique qu'a connue le pays dans les années 80 a été le précurseur pour le lancement du processus de contractualisation, notamment par la mise en place de plusieurs phases, débutant par la promulgation de la loi de finances de 1992 et se terminant par le lancement effectif de la contractualisation le 01 Mars 2010 avec une phase de tarification à blanc. Des difficultés ayant accompagné le processus de la contractualisation à nos jours : lenteur dans l'application des différentes étapes de sa mise en place notamment l'identification du statut des patients, révision de la nomenclature des actes professionnels d'une part et absence d'une volonté réelle des acteurs d'accomplir cette transition de manière transparente et concertée d'autre part.

De ce fait, le succès de la contractualisation dépend de la manière dont elle est mise en application. Il est ainsi nécessaire de mettre en œuvre avec plus de rigueur la réforme de contractualisation pour accélérer l'achèvement de l'expérience et passer à l'étape de l'évaluation des résultats obtenus. La volonté politique est donc un préalable indispensable.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

La santé est consacrée comme un droit universel dans la charte des droits de l'Homme depuis 1948 et constitue un élément essentiel dans la vie quotidienne sociale, économique et politique de l'individu. Un bon état de santé de la population d'un pays peut être à la fois une ressource majeure pour le développement social et économique et un potentiel important pour assurer sa pérennité.

La protection de la santé suppose outre l'existence d'un système de soin de qualité, d'en garantir l'accès à toutes les couches de la population grâce à la socialisation des dépenses de santé, c'est-à-dire leur prise en charge par la collectivité et la mise en place d'un système de sécurité sociale assurant la sécurité économique et le bien être social de l'individu et de sa famille. Répondant ainsi, aux exigences universelles des droits de l'Homme, qui stipule dans ses articles 25 et 26 que : *«Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille...»*.

En Algérie, le système de sécurité sociale a été fondé en 1949 et il a connu deux périodes très distinctes : celle de la pluralité des régimes avant 1983 puis à partir de 1983, la période d'un système de sécurité sociale unifié.

Le système de sécurité sociale est constitué de cinq caisses nationales placées sous la tutelle du ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale : CNAS, CASNOS, CNR, CNAC et CACOBATH. Ces caisses couvrent tous les risques prévus par l'OIT, à savoir les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, chômage et les charges familiales. Le mode de financement du système découle directement de son caractère professionnel. Les sources de financement sont donc essentiellement des cotisations à la charge des employeurs et des employés.

La sécurité sociale participe à côté de l'Etat et des ménages au financement des dépenses de santé qui sont en accroissement continu, plus rapide que celui de la richesse nationale. Cette contribution se fait essentiellement à travers les remboursements des frais médicaux et des produits pharmaceutiques, les transferts des malades pour soins à l'étranger et les forfaits hôpitaux.

Traduction de l'instauration de la gratuité des soins en 1974, le forfait hôpitaux est institué en substitution à l'ancien mécanisme de financement basé sur la tarification à la journée. Il représente une participation préétablie de la sécurité sociale au financement du budget de fonctionnement des EPS, fixée annuellement dans la loi de finances et jugée couvrir les prestations reçues par les cotisants et leurs ayants droit.

Conclusion générale

Le montant du forfait hôpitaux versé par la sécurité sociale a connu une augmentation soutenue de 54 012,93 % de 1973 à l'année en cours pour atteindre les 64 815.51 millions de DA. Cette augmentation est due d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat suite au fardeau de l'augmentation des dépenses de santé, et d'autre part au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

En effet, la détermination de montant forfaitaire que doit supporter la sécurité sociale, se fait sur des bases irrationnelles car sa fixation ne tient pas compte des capacités de financement de cette dernière, puisque l'état prélève unilatéralement des fonds de cette institution et les affecte à des dépenses de santé en perpétuelle évolution, mais sans qu'aucune coordination ou concertation mutuelle soit établie entre ses caisses et les EPS. La nature de la relation entre ces deux derniers n'est d'ailleurs pas claire car il existe bien des ambiguïtés, ce qui ne donne pas la possibilité à la sécurité sociale de jouir de son droit de regard quand aux dépenses générées par le système de soin.

Le besoin de l'Algérie, d'asseoir de nouvelles relations entre la sécurité sociale et le secteur de la santé sur la base des rapports contractuels s'avère urgent suite aux menaces de déséquilibres financiers des organismes de la sécurité sociale, l'absence d'un pouvoir de contrôle ni à priori ni a posteriori par la sécurité sociale sur l'usage de ces forfaits et éventuellement l'insuffisance de la qualité de soins dans les services de santé, associé aux recommandations des organisations internationales, qui ont tous encouragé l'Algérie à adopter la contractualisation comme un modèle de gestion des budgets de la santé et de la sécurité sociale.

Le principe de contractualisation a été énoncé pour la première fois dans la loi de finances de 1992 comme une nouvelle modalité de financement des établissements publics de santé, et il a été repris dans différentes lois de finances qui ont suivi. La contractualisation en Algérie est limitée en achat de services. La contractualisation externe ne concerne que des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de la sécurité sociale (détenteurs de fonds) et la direction d'action sociale (DAS).

En effet, les caisses de sécurité sociale achètent des services de soins en nom de ses assurés sociaux. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies.

Conclusion générale

En effet, les caisses de sécurité sociale achètent des services de soins en nom de ses assurés sociaux. Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et aux personnes démunies.

La mise en œuvre de la contractualisation en Algérie vise plusieurs objectifs essentiellement :

- _ Une plus grande efficacité dans l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé et des organismes de sécurité sociale, donc une utilisation rationnelle et optimale des ressources humaines, matérielles et financières ;
- _ Une amélioration constante de la qualité des prestations de soins ;
- _ Une maîtrise des dépenses de santé ;
- _ Une plus grande transparence dans les relations entre les prestataires et les organismes payeurs.

La consécration du programme d'action de l'année 2004 fut la publication du décret exécutif n° 04-101 du 1^{er} avril 2004, fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, pour être mis en application dès le 1^{er} Janvier 2005 .

Afin d'instaurer le système de contractualisation sur le terrain, chaque secteur de son côté a entamé la préparation des outils appropriés pour la mise en œuvre de la contractualisation tel que recommandé dans les réunions interministérielles respectives, en mettant en place les méthodes d'application. Depuis cette date ,la démarche de la contractualisation a connu un lancement ,mais tout se fait à blanc,c'est-à-dire les EPS génèrent les factures qui justifient les services des soins et les transmettent à la CNAS sans qu'il y est paiement ,tout en gardant la contribution annuelle des organismes de sécurité sociale (forfaits hopitaux).

En Algérie, la contractualisation, malgré son ancienneté, touche toujours un seul segment du système de santé : les structures hospitalières publiques. Elle est conçue alors pour revoir les modalités de financement des structures publiques de soins (Hôpitaux publics) par les bailleurs de fonds (sécurité sociale). Avec l'instauration de la contractualisation, d'autres modalités de financement et de tarification sont prévues, comme le prix moyen de la journée d'hospitalisation par groupe homogène de spécialité (PMJHGHs), en première étape, et la tarification à l'activité, en deuxième étape. Malgré l'implication de deux acteurs seulement dans cette relation, le mécanisme de la contractualisation est encore inopérant.

Conclusion générale

Ceci à cause de :

- L'absence d'une volonté politique suffisante pour l'achèvement rapide de cette réforme, et ce afin de passer à l'étape d'évaluation post réforme ;
- La lenteur dans l'application des différentes étapes de la mise en place (identification du statut des patients, révision de la nomenclature des actes professionnels, l'installation des services « Hôpitaux cliniques », etc) ;
- L'absence d'un consensus entre les deux acteurs impliqués dans la relation contractuelle. En fait, chacun accuse l'autre d'être à l'origine du retard.

Tous ces obstacles bloquent l'achèvement de la réforme, malgré que le domaine d'application se réduise uniquement aux modalités de financement des structures hospitalières publiques.

Pour remédier à ces problèmes et chercher une meilleure efficacité dans l'application de la contractualisation en Algérie, il est impératif de :

- Avoir une volonté politique réelle et permanente de mise en œuvre avec plus de rigueur de la réforme de la contractualisation afin d'accélérer l'achèvement de l'expérience et passer à l'étape de l'évaluation, et ce dans le but d'apprécier les résultats obtenus ;
- Impliquer le secteur privé, réputé pour sa bonne qualité de prestation et sa réactivité, dans le processus de la contractualisation, et ce afin de favoriser la constitution d'un système de santé intégré (acteur publics et privés travaillant tous pour un objectif unique : celui de l'amélioration de l'état de santé de la population) ;
- Promouvoir une coopération basée sur le partenariat entre les responsables du secteur de la santé et les chercheurs universitaires, notamment les économistes de la santé, et ce afin d'accompagner la réforme de la contractualisation.

Les responsables du ministère de la santé auront la tâche d'exposer exhaustivement les problèmes de terrain qui risquent de freiner le processus de mise en œuvre. Les chercheurs, de leur part, auront la tâche de promouvoir les solutions de type contractuelles et de solutionner les éventuels problèmes rencontrés sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

1. OUVRAGES

- AUDINET, Jacques. *Sécurité sociale*. Les cahiers de la formation administrative. Novembre 1947.
- BAGHRICHE, Mourad., *Aperçu sur l'organisation du système de santé [en ligne]*. In : *Journée Parlementaire sur la Santé*, Alger : Conseil de la Nation, 2010. Format PDF. Disponible sur : <http://www.majliselouma.dz/>
- DOUBLET, Jacques. *Sécurité sociale*. 10^e éd. Paris: Presses Universitaires de France, 1972,
- GETTING, André. *La sécurité sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976,
- HANNOUZ, Mourad., KHADIR, Mohammed. *Précis de sécurité sociale : à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux*. Alger : Office des Publications Universitaires, 1996.
- HUTEAU, Gilles. *Sécurité sociale et politiques sociales*. 3^e éd. Italie: Dollaz-Sirey, 2001.
- LAMRI, Larbi. *Le système de sécurité sociale en Algérie : approche économique*. Alger: Office des Publications Universitaires, 2004
- OUFRIHA, Fatima-Zohra. *Le système de santé et population en Algérie : analyse des évolutions récentes à la lumière de la crise*. Alger : ANEP, 2004, p
- OUFRIHA, Fatima-Zohra. *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. Alger: office de publications universitaires, 1992
- Perrot, Jean. *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé[en ligne]*. Genève : OMS, 2004. P.09. Format PDF. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>. (Consulté le 04/10/2016 à 18h09)
- Perrot,Jean. De Roodenbeke, E. *Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée [en ligne]*. Paris: Khartala, 2005, p. 246. Disponible sur: <https://books.google.com/>
- ROUABHI, Mohammed-Réda. *Le système de sécurité sociale en Algérie : évolution historique*. Alger : El-othmania, 2010.

2. ARTICLES DE REVUES

- CHAOUGRANI, Saada., KADDAR, Miloud. *Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé*[en ligne].2010, volume 28, pages 179-193. Format PDF. Disponible :<http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-deconomiemedicales1-2010-5-page-179.htm> .(consulté le 04/10/2016 à 10h03).
- LAMRI, M. *Le financement du système de sante algérien : réalité, enjeux et perspectives*. Revue de gestion des établissements de santé, juillet 1998, n°02,
- Ouchefoun A., Hamouda D, *Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie* , Cahiers du CREAD n° 35/36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1993,p.59 et 96, in : www.cread.dz, consulté le 31/10/2016 à 03h45. <http://www.sante.dz/insp/pev.htm>, consulté le 22/03/2016 à 10h20
- Oufriha ,Fatim-Zohra. *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*[en ligne]. Cahiers du CREAD n° 41, 3^{ème} trimestre 1997, pages. Disponible sur : <http://www.cread.dz/>(consulté le 24/03/2016 à 13 h 32)
- OUFRIHA , FATITM-ZOHRA. *Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie*[en ligne]. Les [Cahiers du CREAD n°22](#), 2^{ème} trimestre 1990, pages 21-59.Disponible sur: <http://www.cread.dz/> (Consulté le 31/10/2016 à 03h25)
- Rivaldi, L., *Quelle place peut investir le cadre de santé dans le processus de contractualisation interne ?*[en ligne]. Revue de Recherche en soins infirmiers, 2006, n° 85, p. 78. Disponible sur : <http://www.sndl.cerist.dz/> . (Consulté le 19.09.2016 à 10h05).
- SAIHI, M. *La contractualisation expérience étrangère*, revue de gestion des établissements de santé, n° 2, juillet 1998, n°02.

3. DICTIONNAIRES

- SILEM, Ahmed., ALBERTINI, Jean-Marie. *Lexique d'économie*. 6^e éd. Italie: Dollaz, 1999.

4. COLLOQUES ET SEMENAIRES

- ARHAB, Said. *La contractualisation des relations CNAS-Santé : fonctionnement, contraintes et optimisation de la fiche navette*. Communication, document 2 : l'approche contractuelle en Algérie, laboratoire de recherche de l'ENMAS, juin 2005

Bibliographie

- CHACHOUA, Louiza. *Le système national de santé de l'indépendance à nos jours*[en ligne]. In : colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier 2014, p.1-30. Format PDF. Disponible sur <http://www.sante.dz/> , (consulté le à 19/03/2016 à 21h 26)
- CHAOUCHÉ, Ali. *Le financement du système de santé* [en ligne]. In : Colloque international sur les politiques de santé. Alger 18 &19 janvier 2014, p 1-13. Disponible sur : <http://www.sante.dz/> (consulté le 25/08/2016 à 18h01)
- CHEURFA, Taoues. KAID TLILANE, Noura. *La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives*. In : Séminaire international sur l'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : regards croisés sur les bonnes pratiques internationales. 28-29 Avril 2014, Université Constantine 2
- Les caisses algériennes de sécurité sociale, le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord. *Présentation générale des principales réformes de sécurité sociale adoptées en Algérie*[en ligne]. In : Séminaire technique sur les réformes de la sécurité sociale, Alger, 25- 26 octobre 2010. P.1-53. Format PDF. Disponible sur : http://www.coopami.org/fr/countries/countries/algeria/social_protection/PDF/social_protection07.pdf. (Consulté le 01/04/2016 à 19h02)..
- MEKALT, K. BRAHMIA, Brahim. *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement* [en ligne].In : Conférence, 2015. Disponible sur: <http://www.eiseverywhere.com/>. (Consulté le 19/09/2016 à 16h03)
- SALMI, Madjid. *La contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins*. In : intervention CHU Nadir Mohammed, Tizi-Ouzou, décembre 2015,
- ZIANI, Zoulikha. ZIANI, Farida, *Le financement de la santé en Algérie* [en ligne]. In : *communication sur la politique de financement de santé en Algérie.*, Université de Bejaïa, 2012. Format PDF. Disponible sur : <http://ww.asectu.org>, p.12, (consulté le 14/03/2016 à 11h27)
- ZIANI, Lila. ZIANI, Zoulikha. *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie*[en ligne]. In : Colloque international sur الصناعة التأمينية، الواقع العملي " وأفاق التطوير – تجارب الدول", Université de Chlef, 02-03 décembre 2012. p.1-20. Format PDF. Disponible sur : http://www.univ-chlef.dz-seminaires_2012 . (Consulté le : à 23/03/2016 à 00h08).

5. TRAVAUX UNIVERSITAIRES (THESES ET MEMOIRES)

- FOUDI Brahim, *La contractualisation dans le système de santé Algérien et Marocain : Etat des lieux*, mémoire de magister, Economie de la santé et développement durable, Bejaia: Université Abderrahmane Mira, 2011
- HARROUZ, Mohammed-Lamine. *La contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé (approche juridique) la direction générale de la CNAS*. Mémoire de master professionnel, école supérieure de la sécurité sociale, Alger, 2016
- MENDIL, Djamil. *Adaptation du mode de financement de la sécurité sociale en contexte économique vers l'économie de marché cas de l'Algérie*. Mémoire de magister, sciences économiques : gestion du développement, Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2002
- SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de doctorat, sciences économiques, Tizi-Ouzou: Université Mouloud MAMMERI, 2003
- SALMI, Madjid. *Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie: éléments pour un diagnostic (cas : secteur sanitaire de Larbraa-Nath-Irathen)*, mémoire de magister en gestion des entreprises, Tizi-Ouzou: Université Mouloud Mammeri, 1999.
- SI-AHMED, Lynda. BOUKHOBZA, Maroua. *Analyses des dépenses publiques et de financement de la santé en Algérie*, mémoire de master en Statistique et économie appliquée, Alger: école nationale de statistique et d'économie appliquée(ENSSEA), 2016
- TOUAZI, Assia. ZIANE, Mahfoud-Nacer. *Le financement du système algérien de santé : état des lieux et reformes*, mémoire de Master en Economie de la santé. Bejaia : Université Abderrahmane Mira, 2012

6. TEXTES REGLEMENTAIRES

- J.O.R.A du 5 juillet 1983
- Décret exécutif n° 92-07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale. Journal officiel de la république algérienne, n°2, 08/01/1992

Bibliographie

- Ministère de la santé et des affaires sociales. *Circulaire général d'application des lois de sécurité sociale* [en ligne]. Alger : 1991. Format PDF, p 10. Disponible sur : <http://www.google.com/url?sa> (Consulté le 12/04/2016 à 19h47)
- La loi 83 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales
- Journal officiel de la république algérienne. N° 28 du 05-07-1983
- J.O.R.A N°72, Loi n° 15-18 du 18 Rabie El Aouel 1437 correspondant au 30 décembre 2015, Portant loi de finances pour 2016
- La loi de finances 1992, J.O.R.A n°65 de 19 décembre 1991.
- Décret exécutif n°04-101 du 11 safar 1425 correspondant au 1^{er} avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé; J.O.R.A n° 20 du 4 avril 2004

7. RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- Direction de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière de Constantine. *Contractualisation des relations entre établissements de santé ; organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale* [en ligne]. Format pdf Disponible sur: <http://www.sante.dz/> (consulté le 19/10/2016 à 10h06).
- Direction générale d'études statiques et organisation sur la contractualisation, direction générale CNAS. La contractualisation. Alger, 2012
- Dépliant CNAS assurance accidents de travail et maladie professionnelles
- Dépliant CNAS assurance allocation familiale
- Ministère de la Santé. *Mise en œuvre de la contractualisation*. 2003.
- Ministère de la santé, Direction générale de la sécurité sociale. *Sécurité sociale*, 1979
- Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale. *Présentation du système de sécurité sociale* [En ligne]. Algérie : 2010. Format PDF. Disponible sur : http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/presentationsecurite_sociale_algerie.pdf. (Consulté le 14 /03/2016 à 12h06).
- MSPRH, Direction des études et de la planification. *Santé en chiffres 2015*. Alger : Janvier 2016
- Perrot, Jean. *La contractualisation dans les pays de l'OCDE* [en ligne]. Département financement des systèmes de santé, 2006, p.17. Format PDF. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/>. (Consulté le 04/10/2016 à 18h12).

8. SITES INTERNET

- ABDERRAHMANE, Djoher., SALEM, Abdelaziz. *L'intervention de l'état en matière de sécurité sociale Algérienne*[**en ligne**]. Format PDF. Disponible sur : <http://www.ucam.ac.ma/> .(consulté le 12/04/2016 à 19h44).
- Larbi, Abir. *Nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP*[en ligne]. 2007. In : <http://www.santemaghreb.com/algerie/>. (Consulté le 02/06/2016 à 08h 28)
- Boulahbel, B. *Besoins sociaux à horizon de 2025*[en ligne]. Format PDF. Disponible sur : <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06411-etude.pdf>. (Consulté le 24/08/2016 à 11h46)
- http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_algerie_salaries.html. (consulté le 14/04/2016 à 18h02)
- <http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/bilan-et-situation-en-2012/>. (Consulté le 24/03/2016 à 11h46)
- <http://perspectives.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendenceStatPays>. (Consulté le 08/09/2016 à 18h05)
- <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>. (Consulté le 22/05/2016 à 19h53)
- <http://www.who.int/fr/>. (Consulté 21/03/2016 à 15h56)

ANNEXES

**Annexe 1: Art 2 du décret exécutif n° 15-236
du 19 Dhou El Kaada 1436 correspondant
au 3 septembre 2015 modifiant le décret
exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415
correspondant au 6 juillet 1994 fixant la
répartition du taux de cotisation de sécurité
sociale.**

**Annexe 2 : Décret exécutif n° 07-140 du 19
mai 2007 portant création, organisation et
fonctionnement des établissements publics
hospitaliers et des établissements publics de
santé de proximité.**

Décret exécutif n° 06-339 du 2 Ramadhan 1427 correspondant au 25 septembre 2006 modifiant le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale.

— — — —

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite ;

Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;

Vu le décret législatif n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant la retraite anticipée ;

Vu le décret législatif n° 94-11 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant l'assurance chômage en faveur des salariés susceptibles de perdre, de façon involontaire et pour raison économique, leur emploi ;

Vu le décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, modifié et complété, fixant le taux de cotisation de sécurité sociale ;

Vu l'ordonnance n° 95-01 du 19 Chaâbane 1415 correspondant au 21 janvier 1995 fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale ;

Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982, complété, fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994 modifié, fixant la répartition du taux de la cotisation de sécurité sociale ;

Décrète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet de modifier les dispositions des *articles 1 et 2* du décret exécutif n° 94-187 du 26 Moharram 1415 correspondant au 6 juillet 1994, susvisé, comme suit :

"Article 1er. — Le taux de la cotisation de sécurité sociale, prévu à l'article 1er du décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, susvisé, est réparti à partir du 1er octobre 2006 comme suit :

— 25% de l'assiette de cotisation de sécurité sociale à la charge de l'employeur,

— 9% de l'assiette de cotisation de sécurité sociale à la charge du travailleur,

— 0,5% de l'assiette de cotisation au titre de la quote-part du Fonds des œuvres sociales".

"Art. 2. — Le taux de la cotisation de sécurité sociale fixée à 34,5%, tel que prévu à l'article 1er ci-dessus, est réparti comme suit :

Branches	Quote-part à la charge de l'employeur	Quote-part à la charge du salarié	Quote-part à la charge du fonds des œuvres sociales	Total
Assurances sociales	12,50 %	1,50 %	---	14 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	---	---	1,25 %
Retraite	10 %	6,75 %	0,50 %	17,25 %
Assurance - chômage	1 %	0,50 %	---	1,50 %
Retraite anticipée	0,25 %	0,25 %	---	0,50 %
Total	25 %	9 %	0,50 %	34,50 %"

Art. 2. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 3. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Ramadhan 1427 correspondant au 25 septembre 2006.

Abdelaziz BELKHADEM.

**Annexe 3: Art 175 de la loi de finances
1992, J.O.R.A n°65 de 19 décembre 1991.**

**Annexe 4 : Décret exécutif n°04-101 du 11
safir 1425 correspondant au 1^{er} avril 2004
fixant les modalités de versement de la
contribution des organismes de sécurité
sociale au financement des budgets des
établissements publics de santé; J.O.R.A n°
20 du 4 avril 2004**

Art. 6. — Les fonds destinés au financement des programmes spécifiques de soins en faveur des assurés sociaux et de leurs ayants-droit sont soumis à une évaluation périodique menée par les services compétents des ministères chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

Art. 7. — Les secteurs concernés sont tenus de prendre les mesures indispensables en vue d'organiser des campagnes d'information, de communication et de sensibilisation en direction des citoyens et de réunir les conditions et les moyens nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent décret dont la date limite est fixée au 31 décembre 2004.

Art. 8. — Les modalités d'application du présent décret sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté interministériel des ministres chargés de la santé, des finances, de la solidarité nationale et de la sécurité sociale.

Art. 9. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Safar 1425 correspondant au 1er avril 2004.

Ahmed OUYAHIA.

★
Décret exécutif n° 04-102 du 11 Safar 1425 correspondant au 1er avril 2004 modifiant et complétant le décret exécutif n° 98-402 du 13 Chaâbane 1419 correspondant au 2 décembre 1998 portant insertion professionnelle des jeunes diplômés de l'enseignement supérieur ainsi que des techniciens supérieurs issus des instituts nationaux de formation.

Le Chef du Gouvernement,

Sur la rapport du ministre de l'emploi et de la solidarité nationale,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 96-14 du 8 Safar 1417 correspondant au 24 juin 1996 portant loi de finances complémentaire pour 1996, notamment son article 16 ;

Vu la loi n° 97-02 du 2 Ramadhan 1418 correspondant au 31 décembre 1997 portant loi de finances pour 1998, notamment son article 73 ;

Vu la loi n° 98-12 du 13 Ramadhan 1419 correspondant au 31 décembre 1998 portant loi de finances pour 1999, notamment son article 48 ;

Vu le décret présidentiel n°03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n°03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 90-259 du 8 septembre 1990 modifiant et complétant l'ordonnance n° 71-42 du 17 juin 1971 portant organisation de l'office national de la main-d'œuvre (O.N.A.M.O) et changeant la dénomination de cet établissement ;

Vu le décret exécutif n° 96-232 du 13 Safar 1417 correspondant au 29 juin 1996 portant création et fixant les statuts de l'agence de développement social (ADS) ;

Vu le décret exécutif n° 98-402 du 13 Chaâbane 1419 correspondant au 2 décembre 1998 portant insertion professionnelle des jeunes diplômés de l'enseignement supérieur ainsi que des techniciens supérieurs issus des instituts nationaux de formation ;

Vu le décret exécutif n° 02-50 du 7 Dhou El Kaada 1422 correspondant au 21 janvier 2002, modifié, fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des services de l'emploi de wilaya ;

Décrète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet de modifier et de compléter certaines dispositions du décret exécutif n° 98-402 du 13 Chaâbane 1419 correspondant au 2 décembre 1998, susvisé.

Art. 2. — Les dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 98-402 du 13 Chaâbane 1419 correspondant au 2 décembre 1998, susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 3. — Sont éligibles au dispositif des CPE, les jeunes.....

(sans changement) :

— être de nationalité algérienne,

— être âgé de 19 à 35 ans,

— être primo-demandeur d'emploi".

Art. 3. — Les dispositions de l'article 5 du décret exécutif n° 98-402 du 13 Chaâbane 1419 correspondant au 2 décembre 1998, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

"Art. 5. — La durée du contrat de pré-emploi (CPE) est fixée à une (1) année.

Cette durée peut être prorogée, à titre exceptionnel, une seule fois, pour une période de six (6) mois pour le secteur économique.

Pour les institutions et administrations publiques, la durée du contrat CPE peut être prorogée d'une année complètement à la charge de l'Etat".

Art. 4. — Les dispositions de l'article 7 du décret exécutif n° 98-402 du 13 Chaâbane 1419 correspondant au 2 décembre 1998, susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :

"Art. 7. — Les niveaux de rémunération (sans changement) :

— période initiale d'une (1) année :

* universitaires (graduation) : 8.000 DA brut/mois.

* techniciens supérieurs : 6.000 DA brut/mois.

La liste nominative des membres du conseil d'administration du centre est fixée par l'autorité de tutelle pour une période de quatre (4) ans".

Art. 4. — Les dispositions de l'article 14 du décret n° 87-81 du 14 avril 1987, susvisé, sont modifiées comme suit :

"Art. 14. — Le conseil scientifique du centre national des techniques spatiales comprend dix huit (18) membres choisis conformément à l'article 20 du décret exécutif n° 99-256 du 8 Chaâbane 1420 correspondant au 16 novembre 1999, susvisé.

La liste nominative des membres du conseil scientifique du centre est fixée par l'autorité de tutelle pour une période de quatre (4) ans".

Art. 5. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires contenues dans le décret n° 87-81 du 14 avril 1987, susvisé.

Art. 6. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 11 Safar 1425 correspondant au 1er avril 2004.

Ahmed OUYAHIA.

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

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 27 Rajab 1415 correspondant au 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995 ;

Vu la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, notamment son article 116 ;

Vu le décret présidentiel n° 03-208 du 3 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 5 mai 2003 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 03-215 du 7 Rabie El Aouel 1424 correspondant au 9 mai 2003, modifié, portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décrète :

Article 1er. — En application des dispositions de l'article 116, alinéas 1 à 3, de la loi n° 02-11 du 20 Chaoual 1423 correspondant au 24 décembre 2002 portant loi de finances pour 2003, le présent décret a pour objet de fixer les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

Art. 2. — Dans le cadre de la mise en œuvre des relations contractuelles liant les organismes de sécurité sociale et le ministère chargé de la santé, la contribution annuelle des organismes de sécurité sociale visée à l'article 1er ci-dessus, destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants-droit, est versée par fractions trimestrielles.

La mise en œuvre de ce financement est effectuée sur la base des informations telles que définies à l'article 3 ci-dessous.

Art. 3. — Les établissements publics de santé fourniront trimestriellement aux caisses de sécurité sociale compétentes les informations relatives aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, pris en charge par les établissements publics de santé.

Les informations concernent notamment :

— les noms et prénoms des assurés sociaux ou des ayants-droit pris en charge ainsi que leur numéro d'immatriculation à la sécurité sociale ;

— le lieu de résidence (wilaya, commune) ;

— la spécialité du service hospitalier prestataire ;

— la nature des prestations de soins fournies ;

— la durée du séjour ;

— le montant des prestations fournies.

Les modalités de détermination et d'évaluation de la nature des prestations et de leur montant seront fixées conjointement par les ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale.

Art. 4. — Les organismes de sécurité sociale peuvent procéder au contrôle médical des prestations fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, et à toute vérification sur dossier et/ou sur patient au niveau des établissements publics de santé.

Art. 5. — Les organismes de sécurité sociale sont chargés de l'actualisation du fichier national des assurés sociaux et de leurs ayants-droit.

Les organismes de sécurité sociale sont tenus de la mise en place des "services hôpitaux cliniques" destinés à faciliter l'opération de reconnaissance de l'ouverture de droit à la prise en charge par les organismes de sécurité sociale des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Cette opération ne doit en aucun cas porter préjudice, empêcher ou retarder la prise en charge normale du patient.

Annexe 5 : Fiche navette

Fiche Navette

IDENTIFICATION OF PATIENT

1. N° D'ADMISSION	2. GROUPE SANGUIN	3. AGE
4. Nom :	5. Nom de jeune fille :	6. Prénom :

7. Service 8. Nom et qualité du chef de service :

9. Date d'Entrée 10. heure d'entrée 11. Nom de Salle : 12. N° de Lit :

13. Nom. Prénoms et Qualité du médecin traitant : 14. Mode d'Entrée : 15. Code Entrée . | |

[illegible]

1. ACTES MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET EXAMENS PRATIQUES DANS L'ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION
Y COMPRIS LES CONSULTATIONS EFFECTUEES PAR LES PRATICIENS EXTERNES AU SERVICE

[illegible]

**1. ACTES MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET EXAMENS PRATIQUES DANS L'ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION
Y COMPRIS LES CONSULTATIONS EFFECTUEES PAR LES PRATICIENS EXTERNES AU SERVICE (Suite)**

[illegible]

~~Se conformer au manuel des actes professionnels~~

Continuer sur feuille intercalaire.

[illegible]

2. SOINS INFIRMIERS (ACTES PARAMEDICAUX)

(PUBLIQUE OU PRIVEE)

[illegible]

~~Continuer sur feuille intercalaire.~~

4. MEDICAMENTS (*)

4.1 Date de Prescrip.	4.2 Code D.C.I	4.3 Libellé D.C.I Forme et Dosage	4.4 Quantité Prescrite	4.5 Quantité Fournie	4.6 Nom, Prénoms et Qualité du Prescripteur

(*) Tracer un trait après chaque prescription (Ordonnance)

4. MEDICAMENTS (*) (suite)

4.1 Date de Prescript.	2.4 Code D.C.I	4.3 Libellé D.C.I Forme et Dosage	4.4 Quantité Prescrite	4.5 Quantité Fournie	4.6 Nom, Prénoms et Qualité du Prescripteur

(*) Tracer un trait après chaque prescriptions (Ordonnance)

SORTIE

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

1. Date de Sortie [][][][][][][][][][][][][][][][]

2. Heure de Sortie [][][][][][][][][][][][][][][][]

3. Mode de Sortie : 4. Code de Sortie [][][][][][][][][][][][][][][][]

5. Diagnostic ou Motif d'Entrée

6. Diagnostic de Sortie

7. Code C . I . M. [][][][][][][][][][][][][][][][]

8. Code G . H . M [][][][][][][][][][][][][][][][]

Nom, Prénom et Grade du Praticien

Visà du chef de Service,

Date et Cachet

Signature,

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

9. N° de Facture	10. Date	11. Montant total de la Prestation
12. N° de Quittance	13. Part S.S.	14. Part Patient
15. Nature de Document de Sortie	16. N° Document	
17. Etablissement d'Accueil	18. N° Prise en Charge (Santé)	
19. Mineur Accompagné à sa Sortie par		

Nom, Prénoms et Fonction du Signataire

Date et Cachet

Signature,

Annexe 6 : Facture par mode de facturation(PMJH)

PRIX MOYEN DE JOURNEE D'HOSPITALISATION

Désignation du Service	Tarif
URGENCES MEDICALES	5 000,00
URGENCES MEDICO-CHIR.	5 000,00
MEDECINE INTERNE	6 000,00
MEDECINE INFANTILE	6 000,00
CARDIOLOGIE	6 000,00
DERMATOLOGIE	6 000,00
NEUROLOGIE	6 000,00
PSYCHIATRIE	2 000,00
DIABETOLOGIE	6 000,00
REANIMATION MEDICALE	15 000,00
MALADIES RESPIRATOIRES	6 000,00
RHUMATOLOGIE	6 000,00
NEPHROLOGIE	6 000,00
ENDOCRINOLOGIE	6 000,00
MALADIES INFECTUEUSES	6 000,00
MEDECINE LEGALE & ISOL.	5 000,00
NEONATOLOGIE	15 000,00
HEMODIALYSE	5 000,00
HEMATHOLOGIE	6 000,00
REEDUCATION FONCTIONNELLE	6 000,00
MEDECINE DU TRAVAIL	5 000,00
ANESTHESIE-REANIMATION	8 000,00
URGENCES CHIRURGICALES	5 000,00
CHIRURGIE INFANTILE	8 000,00

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -

PRIX MOYEN DE JOURNEE D'HOSPITALISATION Designation du Service	Tarif
CHIRURGIE GENERALE	8 000,00
ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE	8 000,00
UROLOGIE	8 000,00
D.R.L.	8 000,00
NEURO CHIRURGIE	8 000,00
OPHTALMOLOGIE	8 000,00

Annexe 7 : Facture par mode de facturation par forfait

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -

Tél : () . .

DECOMPTES DES SOMMES DUES
(Mode de Facturation PMJH)

N o m E t P r é n o m s		Dt. entrée	Dt. sortie	Mode de Sortie	N° entrée	N° titre		
BACHIR SAMY		01/07/2016	03/07/2016	SORTIE NORMALE	16/00/015065	16/000009		
- D E B I T E U R - BACHIR DJILALI CITE 200 LOGTS DRAA EL MIZAN								
F R A I S D E S E J O U R								
P E R I O D E		Nbre De jours	P.M.J.H	D E S I G N A T I O N D U S E R V I C E	Montant	Part		
Du	Au				Total	Du Débiteur		
01/07/2016	02/07/2016	1	5000,00	URGENCES CHIRURGICALES	5000,00			
02/07/2016	03/07/2016	1	8000,00	CHIRURGIE INFANTILE	8000,00			
		2	0,00	SEJOUR DU GARDE MALADE	0,00			
TOTAL FRAIS DE SEJOUR					13000,00			
Part du débiteur 100%						13000,00		
M E D I C A M E N T S								
D é s i g n a t i o n			Date	Cod DCI	Tarif	Quantité	Montant Total	Part du Débiteur

Annexe 8 : Tableau des prix moyens de journée d'hospitalisation par service

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
NEDIR MOHAMED - TIZI OUZOU -

Tél : () . .

DECOMPTES DES SOMMES DUES
(Participation du Citoyen)

Nom Et Prénoms	Dt. entrée	Dt. sortie	Mode de Sortie	N° entrée	N° titre
BACHIR SAMY	01/07/2016	03/07/2016	SORTIE NORMALE	16/00/015065	16/000008

- DEBITEUR -

BACHIR DJILALI
CITE 200 LOGTS DRAA EL MIZAN

FRAIS DE SEJOUR				HONORAIRES MEDICAUX							
PERIODE		Nbre De jours	Prix jour Forfait	%	DESIGNATIONS	Date	Code	Tarif	Coef/nbre	Montant	Part
Du	Au									Total	Du Débiteur
01/07/2016	02/07/2016	1	100,00		URGENCES CHIRURGICALES					100,00	100,00
02/07/2016	03/07/2016	1	100,00		CHIRURGIE INFANTILE					100,00	100,00
MONTANT DE LA FACTURE										200,00	200,00

RECEVEUR DE : CHU NEDIR MOHAMED

TIZI OUZOU LE ,
L'ORDONNATEUR

TABLE DES MATIERES

Table des matières

REMERCIEMENTS

DEDICACES

RESUME EN FRANÇAIS

RESUME EN ANGLAIS

LISTE DE TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES SCHEMAS

LISTE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....A

CHAPITRE I : FONDEMENTS CONCEPTUELS DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE.....01

Introduction.....02

I.1. Bref historique sur la sécurité sociale dans le monde et en Algérie03

I.1.1. Origine et développement de la sécurité sociale dans le monde.....03

I.1.2. Bref historique sur la sécurité sociale en Algérie.....06

I.1.2.1. La situation avant l'indépendance.....06

I.1.2.2. La sécurité sociale pendant la période 1962-1970.....07

I.1.2.3. La sécurité sociale pendant la période allant de 1970 au 1983.....08

I.1.2.4. La sécurité sociale pendant la période allant de 1983 à nos jours..... 09

I.2. Organisation et fonctionnement de la sécurité sociale en Algérie.....11

I.2.1. Les personnes couvertes par la sécurité sociale en Algérie.....11

I.2.2. Organisation de la sécurité sociale en Algérie12

I.2.2.1. La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)12

I.2.2.2. La caisse nationale de sécurité sociale des non salariés (CASNOS)..... .13

I.2.2.3. La caisse nationale de retraite (CNR)13

I.2.2.4. La caisse nationale d'assurance chômage (CNAC)..... ..14

I.2.2.5. La caisse nationale des congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique (CACOBATPH).....14

Table des matières

I.2.3. Le fonctionnement du système de sécurité sociale en Algérie.....	15
I.2.3.1. Fonctionnement par branches d'assurance.....	15
I.2.3.2. Fonctionnement par régimes socioprofessionnels	19
I.3. Le financement et les dépenses de la sécurité sociale en Algérie	22
I.3.1. Le financement du système de sécurité sociale en Algérie	22
I.3.1.1. Les Cotisations sociales	22
I.3.1.2. La fiscalité	24
I.3.1.3. Intervention du budget de L'Etat	24
I.3.1.4. Autres sources de financement de sécurité sociale.....	24
I.3.2. Les grandes catégories de dépenses au niveau de la sécurité sociale	24
I.3.2.1. Les forfaits hôpitaux.....	25
I.3.2.2. Les remboursements des produits pharmaceutiques.....	25
I.3.2.3. Les transferts pour soins à l'étranger	25
I.3.2.4. L'action sociale et sanitaire	25
I.3.2.5. Les conventions internationales	26
I.3.2.6. Le financement du secteur privé	26
Conclusion.....	28
 CHAPITRE II : LA CONTRIBUTION DE LA SECURITE SOCIALE AU	
FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....	29
Introduction.....	30
II.1. Evolution et organisation du système de santé en Algérie	31
II.1.1. L'évolution du système de santé en Algérie.....	31
II.1.1.1. Le système de santé durant la période allant de 1962 au 1973.....	32
II.1.1.2. Le système de santé durant la période allant de 1973 au 1986	32
II.1.1.3. Le système de santé durant la période 1987-2002	33
II.1.1.4. Le système de santé durant la période allant de 2003 à nos jours.....	35
II.1.2. Organisation du système de santé en Algérie	36
II.1.2.1. Organisation sanitaire.....	36
II.1.2.2. Organisation administrative.....	37
II.1.2.3. La sécurité sociale.....	39
II.1.2.4. Offre en médicaments et équipements.....	39
II.1.2.5. Offre en ressources humaines.....	39

Table des matières

II.2. Les dépenses de santé et leur financement	40
II.2.1. Les dépenses de santé en Algérie.....	40
II.2.2. financement du système de santé en Algérie.....	44
II.2.2.1 L'Etat.....	45
II.2.2.2. La sécurité sociale.....	46
II.2.2.3. Les ménages.....	47
II.2.2.4. Autres sources	48
II.3. La sécurité sociale et le financement du système de santé en Algérie.....	49
II.3.1. Essai d'analyse de l'évolution des sources de financement de la santé en Algérie	49
II.3.2. Analyse de la contribution de la sécurité sociale en Algérie « Forfait hôpitaux».....	65
II.3.3. Les inconvénients et limites de financement par forfaits hôpitaux.....	54
Conclusion.....	56
CHAPITRE III : LA CONTRACTUALISATION DES RELATIONS ENTRE LES BAILLEURS DE FONDS ET LES ORGANISMES DE LA SECURITE SOCIALE.....	57
Introduction.....	58
III.1. Le cadre conceptuel de la contractualisation en Algérie.....	59
III.1.1. La notion de contractualisation	59
III.1.2. Le principe et objectifs de la contractualisation en Algérie	62
III.2. Le processus de mise en œuvre de la contractualisation en Algérie.....	66
III.2.1. La phase préparatoire de la contractualisation	66
III.2.2. La phase expérimentale de la contractualisation	72
III.2.3. La phase de mise en application du processus de la contractualisation	76
III.3. Contraintes et préalables à la mise en place de la contractualisation en Algérie	78
III.3.1. Les contraintes	78
III.3.2. Les préalables.....	81
Conclusion.....	84
CONCLUSION GENERALE.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXES	
TABLE DES MATIERES	