

**UNIVERSITE MOULOUD MAMMARI DE TIZI-OUZOU  
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES  
ET DES SCIENCES DE GESTION  
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



# *Mémoire de fin d'études*

*En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques*

*Spécialité : Economie de la Santé*

## *Thème*

***Les remboursements opérés par les caisses des  
organismes de la sécurité sociale  
(CNAS, CASNOS) : entre les tarifs standards et  
les tarifs raisonnables en Algérie.***

**Présenté par :**

**M<sup>elle</sup> : MIMOUNI Meriem**

**M<sup>elle</sup> : MAMBEKA ATEBA Claude Sylvia Marlu**

**Encadré par :**

**M<sup>r</sup> SALMI Madjid**

**Devant le jury composé de :**

**Président: M<sup>me</sup> KOLLIS S. M.A.A à l'UMMTO.**

**Rapporteur : M<sup>r</sup> SALMI M. M.C.A à l'UMMTO.**

**Examinatrice : M<sup>me</sup> ANNANE S. M.A.A à l'UMMTO.**

**Promotion 2017**

## Remerciements

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

Nous remercions tout d'abord, Dieu le tout puissant pour nous avoir donné la force et la volonté pour mettre au point et acheminer cette recherche.

Nous tenons à remercier notre Directeur de recherche, Mr SALMI madjid, pour les nombreux conseils qu'ils nous ont donné tout au long du déroulement de ce travail de recherche, pour le suivi efficace de nos avancements et pour son soutien au cours des différentes étapes qui rythment la réalisation de ce travail.

Nos remerciements s'adressent aussi à nos parents qui nous ont soutenus par le biais de leurs conseils et de leurs prières à notre égard,

De même, nous remercions Dr NASRI qui est un médecin conseil, les chefs de services des prestations, du contrôle médical qui sont Mme BOUDFAA, Dr LOUNIS, ainsi que tous les agents de la CASNOS pour leurs aide, leurs conseils ainsi leurs éclaircissements.

Nous exprimons notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury ayant accepté d'évaluer ce travail, leur relecture attentive ainsi que leur regard à la fois critique et bienveillant.

Pour finir, on tient à remercier aussi toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à l'aboutissement de ce travail de mémoire, tant au niveau humain qu'au niveau spirituel.

## **Dédicaces**

**Je dédie ce travail à :**

**Mon père céleste l'alpha et l'Omega de mon existence, lui qui  
a inscrit le Saint-Esprit en moi et qui a circonscrit ma vie par  
lui,**

**Mes Heros qui ne sont autres que mon père et ma mère  
(Pascal et Christine MAMBEKA).**

**MAMBEKA ATEBA Claude Sylvia Marlu**

## Dédicace

Mes dédicaces vont de tout cœur à ceux qui ont fait ma force,

A ceux qui je dois ma réussite, mes très chers parents ;

Mes chères sœurs chacune son nom, pour leur amour, leur présence,  
leur soutien tout au long de mes études dont je citerai :

Amina et Feriel ;

A ma chère tante Sadia et son mari Mouhand Said ainsi que leur filles  
Katia ;

Mon Oncle et sa famille ainsi que mes cousines adorées ;

A mon cher mari Sofiane et ma belle famille

**Meriem**

## *Liste des abréviations*

<b>Abréviations</b>	<b>Significations</b>
<b>APN</b>	Assemblée Populaire Nationale.
<b>AS</b>	Assurance Sociale.
<b>BTPH</b>	Bâtiment, Travaux Public et Hydrauliques.
<b>C</b>	Consultation au cabinet.
<b>C.S.S.M</b>	Caisse de Sécurité Sociale des Mines.
<b>C.SF</b>	Consultation au cabinet de la Sage-Femme
<b>CACOBTPH</b>	Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage, intempéries des secteurs du Bâtiment, des Travaux Public et de L'Hydraulique.
<b>CAM</b>	Caisse d'Assurance Maladie
<b>CAPAS</b>	Caisse D'assurance et de Prévoyance des Agents de la Société Nationale de l'Electricité et du Gaz.
<b>CASNOS</b>	Caisse des Assurances Sociales des Non-Salariés.
<b>CAVNOS</b>	Caisse d'Assurance Vieillesse des Non-Salariés.
<b>CC</b>	Caisse des Cheminots.
<b>CD</b>	Consultation au cabinet du Chirurgien-Dentiste.
<b>CD.JF</b>	Consultation au cabinet du Chirurgien-Dentiste de jour pendant les jours fériés et vendredi.
<b>CDN</b>	Consultation de chirurgien-Dentiste de Nuit au cabinet.
<b>CGRA</b>	Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides.
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire.
<b>CJF</b>	Consultation au cabinet de Jour pendant les jours fériés et vendredi.
<b>CN</b>	Consultation de Nuit au cabinet.
<b>CNAC</b>	Caisse Nationale D'Assurance Chômage.
<b>CNAS</b>	Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés.
<b>CNASAT</b>	Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et Maladies Professionnelles.
<b>CNCPV</b>	Centre Nationale de Contrôle et de Pharmacovigilance.
<b>CNMA</b>	Caisse de Mutualité Agricole.
<b>CNR</b>	Caisse Nationale de Retraite.
<b>CPSY</b>	Consultation au cabinet du Psychiatre.
<b>CPSY. N</b>	Consultation du Psychiatre de Nuit au cabinet.
<b>CPSY.JF</b>	Consultation au cabinet du Psychiatre de jour pendant les jours fériés et vendredi.
<b>CRM</b>	Comité de Remboursement des Médicaments.
<b>CRM</b>	Compte Rendu Métier.
<b>CS</b>	Consultation au cabinet du médecin Spécialiste.
<b>CS.JF</b>	Consultation au cabinet du médecin Spécialiste de jour pendant les jours fériés et vendredi.
<b>CS.N</b>	Consultation du Spécialiste de Nuit au cabinet.
<b>CSF.JF</b>	Consultation au cabinet de Sage-Femme de jour pendant les jours fériés et vendredi.
<b>CSFN</b>	Consultation d'une Sage-Femme de Nuit au cabinet.
<b>CSSF</b>	Caisse de la Sécurité Sociale des Fonctionnaires.
<b>CTR</b>	Comité Technique de Remboursement.
<b>DCI</b>	Dénomination Commune Internationale.

<b>DTM</b>	<b>Dispense du Ticket Modérateur.</b>
<b>E.N.M.P</b>	<b>Etablissement Nationale des Marins Pêcheurs.</b>
<b>EGTA</b>	<b>Entreprise de Gestion Touristique.</b>
<b>EPA</b>	<b>Etablissement Publics à caractère Administratif.</b>
<b>FLN</b>	<b>Front de Libération Nationale.</b>
<b>HTA</b>	<b>Hypertension Artérielle.</b>
<b>HTA</b>	<b>Hypertension Artérielle.</b>
<b>IRG</b>	<b>Impôt sur le Revenu Globale.</b>
<b>IRM</b>	<b>Imagerie par Résonance Magnétique.</b>
<b>L'ANATPH</b>	<b>Agence Nationale d'aide Techniques aux Handicapées.</b>
<b>L'ONAAPH</b>	<b>Office Nationale d'Appareillages et d'Accessoires pour Personnes Handicapées.</b>
<b>L'UNPA</b>	<b>Union Nationale des Paysans Algériens.</b>
<b>MSP</b>	<b>Mutuelle des Services Publics.</b>
<b>OIT</b>	<b>Organisation Internationale du Travail.</b>
<b>ORL</b>	<b>L'Oto- Rhino-Laryngologie.</b>
<b>P.A.S</b>	<b>Prêt D'Accession Sociale.</b>
<b>PIM</b>	<b>Produit Intérieur Brute.</b>
<b>PMA</b>	<b>Procréation Médicalement Assistée.</b>
<b>PPA</b>	<b>Prix de Vente Public.</b>
<b>SHP</b>	<b>Supplément Honoraire Pharmaceutique.</b>
<b>SNMG</b>	<b>Salaire National Minimum Garanti.</b>
<b>SNPSSP</b>	<b>Syndicat National des Praticiens Spécialistes de la Santé Public.</b>
<b>SPS</b>	<b>Sécurité et Protection de la Santé.</b>
<b>TSE</b>	<b>le Taux de Sécurité Economique.</b>
<b>TVA</b>	<b>Taxe sur la Valeur Ajoutée.</b>
<b>V</b>	<b>Visite de jour au domicile du malade.</b>
<b>VD</b>	<b>Visite de jour du Dentiste au domicile du malade.</b>
<b>VDJF</b>	<b>Visite de jour du chirurgien-Dentiste pendant les vendredis et Jours Fériés.</b>
<b>VDN</b>	<b>Visite du chirurgien-Dentiste de Nuit.</b>
<b>VJF</b>	<b>Visite de jour pendant les vendredis et Jours Fériés.</b>
<b>VN</b>	<b>Visite de Nuit.</b>
<b>VPSY</b>	<b>Visite de jour du Psychiatre du médecin au domicile du malade.</b>
<b>VPSYJF</b>	<b>Visite de jour de Psychiatre pendant les vendredis et Jours Fériés.</b>
<b>VPSYN</b>	<b>Visite du Psychiatre de Nuit.</b>
<b>VS</b>	<b>Visite de jour du médecin Spécialiste au domicile du malade</b>
<b>VSF</b>	<b>Visite de jour de Sage-Femme au domicile du malade.</b>
<b>VSEJF</b>	<b>Visite de jour de Sage-Femme pendant les vendredis et Jours Fériés.</b>
<b>VSFN</b>	<b>Visite de Sage-Femme de Nuit.</b>
<b>VSJF</b>	<b>Visite de jour du Spécialiste pendant les vendredis et Jours Fériés.</b>
<b>VSN</b>	<b>Visite du médecin Spécialiste de Nuit.</b>

## *Liste des tableaux*

<b><u>Tableaux N°1</u></b> : Taux de cotisations au 1er janvier 2017 .....	22
<b><u>Tableaux N°2</u></b> : Les statistiques du 20/09/2017 des assuré au sein de la CASNOS.....	33
<b><u>Tableaux N°3</u></b> : Situation de la carte CHIFA au 30 /juin /2017 (agence de TIZI-OUZOU) .....	37
<b><u>Tableaux N°4</u></b> : Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, dentiste, pharmaciens et auxiliaires médicaux.....	53
<b><u>Tableaux N°5</u></b> : Taux de remboursement des médicaments.....	69

## *Liste des figures*

<b><u>Figure N°1</u></b> : Organigramme de la direction générale de la CASNOS de Tizi-Ouzou.....	25
<b><u>Figure N°2</u></b> : Système triangulaire avec l'assuré.....	47

## *Liste des annexes*

**Annexe N°1** : Imprimés spécifiques aux prestations.

**Annexe N°2** : Imprimés spécifiques aux contrôles médicaux.

**Annexe N°3** : Imprimés spécifiques aux conventionnements.

**Annexe N°4** : Imprimés spécifiques aux remboursements.

**Annexe N°5** : Imprimés spécifiques aux recouvrements.

# Sommaire

<b>Introduction générale.....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre I : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie</b>	
Introduction.....	7
Section 1 Historique de la sécurité sociale dans le monde et en Algérie.....	8
Section 2 Les composantes de la sécurité sociale en Algérie.....	20
Section 3 Les principales missions de la sécurité sociale.....	27
Conclusion .....	31
<b>Chapitre II : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale : tarifs standards</b>	
Introduction.....	32
Section1 Les différentes prestations.....	32
Section2 Le contrôle médical.....	46
Section3 Les tarifs de références.....	49
Conclusion .....	56
<b>Chapitre III : Les tarifs raisonnables de remboursement des actes médicaux</b>	
Introduction .....	57
Section 1 Le conventionnement.....	57
Section2 Insuffisances du conventionnement.....	71
Section3 Les solutions proposées.....	74
Conclusion .....	78
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliographie.</b>	
<b>Annexes.</b>	
<b>Table des matières.</b>	

## **Résumé**

L'application des remboursements faites sur la base des tarifs de référence fondé sur une nomenclature qui date de 1987 présentent, des résultats insatisfaisants pour certaines des parties prenantes en particuliers les assurés sociaux et les médecins, ce qui pousse le ministère du travail, de l'emploi et la sécurité sociale à réfléchir sur la mise en place d'un nouveau mécanisme de remboursement équitable pour tous,<sup>1</sup> par le biais du conventionnement entre les caisses des organismes de la sécurité sociale et les médecins. Autrement dit cette solution passe par la refonte du système de l'assurance maladie par le conventionnement où devront être révisés les tarifs et les taux de remboursement, un encadrement économique et financier du secteur privé permettant un contrôle rigoureux des prix pratiqués et de la qualité des services de santé prodigués. C'est pour cela l'actualisation des actes médicaux et des remboursements est primordiale pour l'économie du pays et aussi pour le bien-être des citoyens algériens.

## **Les mots clés**

Les médecins, les assures, les tarifs de références, remboursement, conventionnement.

## **Abstract**

The application of reimbursements made on the basis of the reference tariffs based on a nomenclature dating from 1987 presenting, (social security, insured persons, doctors). This has led the social security funds and reimbursement through the agreement between the caisses of the social security organizations and the doctors. In other words, this solution will require the reorganization of the health insurance system through the agreement on the revision of tariffs and reimbursement rates, a private sector financial and financial framework that allows for rigorous control the Ministry of Labor and Social Security to reflect on the establishment of a social security system, a new mechanism of reimbursement through the agreement between the caisses of the social security organizations and the doctors. In other words, this solution will require the reorganization of the health insurance system through the agreement on the revision of tariffs and reimbursement rates, a private sector financial and financial framework that allows for rigorous control of the prices charged and the quality of health services. This is why updating medical procedures and reimbursements is essential for the economy of the country and also for the welfare of Algerian citizens.

## **Key words**

Doctors, insurances, referral rates, refund, reference rate, agreement.

---

<sup>1</sup> Institut nationale de travail ; « Droit de la sécurité sociale » ; recueil de teste législatif et règlementaire, sécurité sociale ; édition 1997.

Au début du XIXe siècle, chaque individu est seul face aux risques susceptibles de l'affecter en cas de maladie sauf ceux qui ont les moyens de se faire soigner. C'est au milieu du XIX siècle que les premières lois sur le droit de la protection sociale sont promulguées. C'est une législation riche et complexe qui s'est initialement bornée à protéger le salarié contre les abus susceptibles de naître de sa subordination juridique vis-à-vis de l'employeur, puis progressivement, considéré comme un élément d'une collectivité de travail et un partenaire social responsable. En effet, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la plupart des Etats Européens ont mis un système d'assurance collectif, basé sur la solidarité de tous pour assurer les risques sociaux tels que (maladie, chômage, vieillesse ...) gérés par l'Etat et les organismes de la sécurité sociale.<sup>1</sup>

Avant 1880, il n'existe aucun système institutionnel de la sécurité sociale mais plutôt une forme de solidarité entre les gens. C'est l'ère de BISMARCK<sup>2</sup> en Allemagne que prend naissance la notion d'assurance ou de sécurité sociale. Le système de la sécurité sociale tel qu'il est connu aujourd'hui est issu de l'évolution du système Bismarckien (1883) basé sur le principe de l'assurance, et du système Beveridgien (1941) basé sur le principe d'assistance. Le système algérien de la sécurité sociale est un mélange entre ces deux modèles, il est cependant appelé système de sécurité sociale mixte. Il sert de relais entre l'assuré et le prestataire qui est tenu de cotiser régulièrement pour pouvoir ultérieurement ouvrir droit à une prestation.

L'histoire de la sécurité sociale en Algérie ne date pas de l'indépendance. Les premières lois sociales furent adoptées en 1920, avec la mise en œuvre de la législation sur les incidents du travail et en 1941 fut la mise en application des allocations familiales.

La loi sur la sécurité sociale avait été promulguée en 1945 mais son application en Algérie n'intervient qu'en 1949. Le principe fondamental du système de sécurité sociale est basé sur la solidarité entre les générations des personnes actives et des non actives. Différents secteurs d'activités par la centralisation des cotisations pour ensuite faire l'objet de la redistribution suivant le cas (consultations, produits pharmaceutiques, congé de maladie, invalidité ou encore retraite).

---

<sup>1</sup> MAHAMAT I .A, & NOUSSOURA. A, « La protection sociale en Algérie : Dispositifs mis en place pour lutter contre les risques », Mémoire de master en Economie de la Santé, sous la Direction de M<sup>R</sup> SALMI M. 2015-2016.

<sup>2</sup> Bismarck (1815-1898) : homme d'Etat, c'est l'un des fondateurs de l'unité allemande.

Au lendemain de l'indépendance (1962), l'Algérie a un système de retraite composé de plusieurs caisses selon le secteur d'activité et les prestations varient d'un secteur à un autre mais reste sans avantage significatif. Un besoin crucial de la réforme du système de sécurité sociale s'impose et à partir de 1970 les pouvoirs publics optent pour l'unification de ces régimes, unification des avantages.

A partir de juillet 1983, que le système de l'assurance sociale se réadapte au tour des principes de l'unification des régimes et de l'unification des avantages. Puis à partir des années 1990, ces dites lois ont été modifiées pour donner place aux différentes refontes effectuées autour d'organes spécialisés par un grand régime de risques couverts (maladie, invalidité, retraite et chômage) avec, toutefois, une distinction entre salariés et non-salariés.

Au fait cela a permis de créer d'abord deux grandes caisses :

- La Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents de Travail (CNASAT).
- La Caisse Nationale des Retraites (CNR).

Il faut souligner que cette première refonte ne distinguait pas entre salariés et non-salariés, puisque le volet assurance sociale a été transféré à la CNASAT et le volet retraite à la CNR. En d'autres termes, ces deux caisses s'occupent à la fois de l'assurance sociale des salariés et des non-salariés.

C'est en 1992 à travers l'application du décret n° 92-07 du 04 Janvier 1992 qui annonce une nouvelle organisation donnant naissance à trois nouvelles caisses :

- La Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS).
- La Caisse Nationale des Retraites (CNR)
- La Caisse des Assurances Sociales des Non-salariés (CASNOS).

Cette nouvelle organisation prend en considération la distinction entre salariés et non-salariés.

En 1994, dans le souci de faire face à la conjoncture due à la baisse du prix du pétrole, l'Etat et le FMI instaurent un programme d'ajustement structurel (PAS) afin de remédier aux dissolutions des entreprises et des compressions du personnel qui a généré un départ massive du personnel en retraite tout en ouvrant une caisse d'Assurance Chômage (CNAC). En outre le système de sécurité sociale s'est enrichi en 1997 d'une autre caisse créée pour couvrir le chômage lié aux intempéries et aux Congés Payés du secteur du Bâtiment et Travaux Publics et Hydrauliques (CACOBATPH), en égard aux conditions particulières de ce secteur exposé à la rupture de travail pour intempérie, créée par le décret exécutif n° 97-47 du 04 Février 1997.

Aussi, toutes ces caisses ont pour mission d'assurer la protection des assurés et de leurs ayants droit contre différents risques (maladie, invalidité, retraite, accident de travail, maladie professionnelle, le décès, chômage.....) par des prestations que ce soit en nature, en espèces, ou allocations familiales.

Parmi ces missions s'y ajoute le remboursement des actes médicaux qui se font selon les taux de remboursement de (80% et 100%), il reste entendu qu'en général le taux appliqué est celui équivalent à 80% des tarifs fixés par voies réglementaires, il est porté à 100% dans des cas et des conditions bien définies entre autres : les malades chroniques, les titulaires d'avantage de pension et allocation de retraite dont le montant de leur pension ne dépasse pas le salaire national minimum garanti (SNMG), le grand appareillage, la rééducation fonctionnelle etc..., les caisses en charge du remboursement des actes médicaux sont la CNAS et la CASNOS, notre travail sera essentiellement recentré sur ces deux caisses.

Depuis 1987, les tarifs de remboursement des actes médicaux et des prix de séjour en clinique privée n'ont pas été revalorisés, alors que les tarifs pratiqués ont été en moyenne multipliés par quatre. Cette situation engendre une réduction de l'accessibilité aux soins notamment pour les couches les plus défavorisées de la population, c'est pour cela que la non-revalorisation des tarifs de référence des caisses d'assurance sociale risque d'aggraver durablement l'état sanitaire des populations par dissuasion à se soigner à court terme ce qui est susceptible d'entraîner l'apparition de pathologies plus lourdes à moyen ou à long terme.<sup>3</sup>

De plus, la combinaison des tarifs extrêmement élevés dans le privé et de l'absence de remboursement des actes médicaux crée donc une situation de sélection par l'argent dans l'accès aux services médicaux du secteur privé de soin de santé. Depuis quelques années le Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale œuvre pour la mise en place d'un accord ou encore d'un conventionnement entre les caisses des organismes de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et le corps médicale en vue de fixer de nouveaux tarifs de remboursement dit tarifs raisonnables.

Actuellement, le système de conventionnement est limité aux seuls produits pharmaceutiques et à l'hémodialyse, son élargissement aux soins devient urgent. Peu de médecins libéraux adhérents à ce système, pour cause de l'écart existant entre les prix du marché et les tarifs proposé par la CNAS (honoraires des médecins, tarifs de remboursement des frais de soins).

---

<sup>3</sup> Institut National Du Travail, « document sans titre » coordination A.OUCHEN, PAO, R.LAZIZI ; 1ers trimestre 2002, éditée par L'institut National Du Travail, in Revue algérienne du Travail.

Il est clair que la question du conventionnement entre les caisses des organismes de la sécurité sociale et les médecins libéraux sur la fixation des tarifs raisonnables en Algérie est très complexe.

- **Intérêt et importance du sujet**

Ce sujet présente un intérêt majeur puisqu'il traite de l'inquiétude de la vie sociale, politique et économique.

L'intérêt personnel pour ce sujet est d'approfondir nos connaissances, d'attirer l'attention des décideurs sur la fixation de nouveaux tarifs, favorables pour toutes les parties prenantes.

Sur le plan scientifique ce sujet sera une banque de données pour les générations futures, en vue de consulter et d'approfondir leurs recherches sur le sujet.

L'importance de ce sujet réside dans les modalités de remboursement d'actes médicaux effectués par les caisses des organismes de la sécurité sociale qui sont au centre des débats socio-économiques du moment aussi il se distingue par le manque d'ouvrages et de travaux universitaires allant dans ce sens.

- **Motif de choix du sujet de recherche**

Les rapports de la sécurité sociale avec le système de soin sont multiples et variés, les plus importants sont les modalités de remboursements des services de santé publics et privés. Ces rapports présentent des affinités notables selon les périodes durant lesquels les systèmes de soins et de sécurité sociale on connu des organisations différenciées.

Jusqu'à ce jour, les documents sur lesquels sont opérés les remboursements notamment le document sur les lois du contrôle médical et le document sur la nomenclature des actes médicaux qui remonte de 1987 ne sont pas actualisés à ce jour.

Aussi, c'est une thématique que nous avons jugé pertinente car elle touche l'actualité du moment d'où notre intérêt pour cette dernière.

En effet, en traitant cette thématique nous avons eu l'occasion idéale d'améliorer et d'approfondir nos connaissances sur le sujet qui n'est pas assez développé en Algérie suite au manque de recherches universitaires et autres sur le sujet.

### ▪ **Problématique de l'étude**

Avec l'augmentation des prix des actes médicaux dans le secteur privé ces dernières décennies, les assurés sociaux ne sont pas satisfaits des tarifs de remboursements fixés par les caisses des organismes de la sécurité sociale qui date de 1987. C'est l'idée que nous remettons en question dans ce travail, en cherchant à répondre à la problématique suivante :

- **Comment les remboursements sont-ils opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale entre les tarifs standards et les tarifs raisonnables ?**

Avec la réticence des médecins à adhérer au dispositif de conventionnement et l'augmentation croissante des couts de santé nous allons étudier la sécurité social dans son ensemble et ses mission, les différents tarifs de remboursement (références et raisonnables), ainsi que leurs apports et insuffisances. La présente recherche vise à faire connaitre le modèle de sécurité sociale algérien à travers son organisation, son financement, ses prestations et remboursements.

Afin de cerner cette problématique, quelques questions subsidiaires se posent :

- Comment la sécurité sociale en Algérien est-elle organisée ? Quels sont ses missions ?
- Comment les caisses opèrent elles les remboursements des actes médicaux ?
- Quelles sont les bienfaits des tarifs raisonnables dans le remboursement des actes médicaux ?

### ▪ **Hypothèse de la recherche**

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons mené notre réflexion en nous basant sur les hypothèses suivantes :

- Les remboursements opérés sur la base des tarifs standards arrangent les caisses des organismes de la sécurité sociale.
- Les tarifs raisonnables peuvent mettre en péril l'équilibre financier.

### ▪ **Objet de la recherche**

Notre travail a pour objet de mettre en place un tarif de remboursement juste et qui correspondra à toutes les parties prenantes. Aussi nous avons dirigé cette recherche sur les différentes caisses d'organismes de la sécurité sociale chargées d'opérer le remboursement des actes médicaux notamment (la CNAS et la CASNOS).

### ▪ **Méthodologie de la recherche**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons tout d'abord adopté pour une démarche descriptive basée sur les notions théoriques, en donnant un aperçu historique de la sécurité sociale dans le monde et en Algérie, puis les différents tarifs de remboursement utilisés au sein des caisses de la sécurité sociale, leurs insuffisances et les perspectives possibles. En effet, nous avons effectué des recherches bibliographiques, portant essentiellement sur :

- La méthode théorique dans la réalisation d'une étude qualitative qui a pour objectif de faire connaître les différents dispositifs mis en place par la sécurité sociale algérienne afin de satisfaire les assurés sociaux en matière de remboursement des actes médicaux,
- L'exploration des travaux qui traitent des questions liées à la sécurité sociale et au remboursement,
- L'exploitation des travaux universitaires, thèses et livres disponibles à la bibliothèque concernant la sécurité sociale et les tarifs de référence,
- Des entretiens non directifs avec les agents de la CASNOS et la CNAS,
- Les textes juridiques portant sur les dispositifs mis en place par le Ministère du Travail, de L'emploi et de la Sécurité Sociale,
- Des articles en ligne qui traitent du conventionnement et des tarifs raisonnables.

### ▪ **Plan d'exposition**

Pour la restitution des résultats de la présente recherche nous avons adopté un plan de trois chapitres chacun est subdivisé en différentes sections :

- Le premier chapitre est consacré à un aperçu historique de la sécurité sociale et ses missions en Algérie.
- Le deuxième chapitre traite des remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale : les tarifs standards.
- Le troisième chapitre parle des tarifs raisonnables de remboursements d'actes médicaux.

## Introduction

Le système algérien de sécurité sociale est fondé sur le principe de la répartition de manière équitable<sup>1</sup> et de la solidarité « *contrat entre les générations chaque génération d'actifs contribue aux paiements des retraites de la génération précédente* ». <sup>2</sup> Le système comprend toutes les branches de la sécurité sociale prévues par les conventions internationales : l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès, l'assurance sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, l'assurance vieillesse (retraite), l'assurance chômage et les prestations familiales.

L'affiliation est obligatoire pour tous les travailleurs salariés et non-salariés ainsi que pour les catégories particulières d'assurés sociaux (assimilés à des travailleurs salariés). Le mode de financement du système découle directement de son caractère professionnel. Les sources de financement sont donc essentiellement basées sur les cotisations à la charge des employeurs et des travailleurs.<sup>3</sup>

Cependant, il existe d'autres sources d'apport financiers (Les revenus des fonds placés ; les contributions d'ouverture de droit versées par les employeurs en matière d'assurance chômage et de retraite anticipée ; Les majorations et pénalités de retard et autres sanctions pécuniaires à l'encontre des employeurs défaillants en matière d'obligations des assujettis, des subventions de l'Etat).

*« Les prestations sociales sont l'ensemble des avantages offerts par les caisses des organismes de la sécurité sociale des salariés et des non-salariés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, à savoir les assurances sociales et la retraite, en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ».*<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> « Cotisation sociale » disponible sur <https://www.casnos.dz> (consulté le 03/10/2017 à 18 :03).

<sup>2</sup> « Le principe de répartition », disponible sur <http://salaries.carsat-aquitaine.fr> (consulté le 27/09/2017 à 21h59).

<sup>3</sup> Abedalkadir R., article sur « L'historique de la Sécurité Sociale en Algérie », le 22 juin. 2014 dans l'assistant sociale, étudiant assistant social INFSPM D'Alger.

<sup>4</sup> kaddar.M « les rapports entre la sécurité sociale et le système de soin en Algérie » in revue du CREAD n°19, 3ème trimestre 1989.

## Section1 : Historique de la sécurité sociale dans le monde et en Algérie.

Dans cette section, il sera question de faire un historique de la sécurité sociale dans le monde et en Algérie.

### 1- Historique de la sécurité sociale dans le monde

Avant d'entamer notre sujet nous allons faire un bref aperçu des systèmes de sécurité sociale dans le monde en général et en particulier Algérie. En effet il existe le modèle bismarckien qui est un modèle distributive fondé sur le principe d'une assurance professionnelle obligatoire, il offre des soins mixtes à dominance publique. Les offreurs de soins sont conventionnés avec la caisse d'assurance maladie et financé par les cotisations sociales, les prestations sont de qualité car les offreurs sont mis en concurrence, la gestion est décentralisée, aussi l'accès aux soins est limité aux couches professionnels, le financement est partagé entre la « CAM » et l'Etat (les partenaires sociaux sont : employeur, la sécurité sociale et l'employé).

En 1871, le chancelier Bismarck a considéré la question sociale comme une menace pour l'Etat et son souhait est de lier les salariés à l'Etat. En effet, face au développement industriel brutal et la peur du socialisme naissant, Bismarck a mis en place une politique sociale pour lutter contre ses adversaires de la « sociale –démocratie ». A partir de quelques expériences locales d'assurance sociale pour les accidents du travail et la maladie, il a lancé en 1881 une politique sociale dans laquelle l'Etat aura le rôle central. Selon lui, cette politique se traduira par trois assurances destinées à protéger : les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé. L'assurance maladie en 1883, l'assurance invalidité et vieillesse en 1884, l'assurance invalidité et vieillesse en 1889.

A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants. Donc les grandes caractéristiques du système bismarckien sont : le lien entre travail et protection sociale, le caractère obligatoire de cette protection, le partage des cotisations entre employeurs et employés et la séparation des assurances. La couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques, mais la fiscalité qu'elle engendre entraine un alourdissement des prélèvements obligatoires.

Ce système d'assurance sociale institué est une adaptation du système de la mutuelle ou mouvements de solidarité entre les travailleurs qui s'organisaient durant l'ère industrielle,

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

---

pour créer des sociétés de secours mutuels. Ces sociétés constituent un système contributif de prévoyance volontaire contre certains risques limites tels que la vieillesse.

Elles se caractérisent par une adhésion volontaire des membres de ces sociétés, une cotisation bénéfique. Toutefois, la différence du système de mutuelle, les assurances sociales créées par Bismarck présentent des avantages du fait que l'adhésion à ces assurances n'est plus facultative mais obligatoire, le financement provient des cotisations patronales et salariales et enfin, par l'existence de proportionnalités entre les niveaux des prestations et celui des cotisations.

Par la suite il ya eu le système Bevriddien qui est un modèle public national fondé sur le critère de résidence, il applique une médecine à double vitesse (hôpitaux privés et publics), financé par l'impôt, l'accès aux soins est pour tous, il a une gestion centralisée et administrative régulé par l'Etat.

Au XIXème siècle, la Grande Bretagne s'est marquée par un développement industriel majeur qui a fait d'elle la première puissance industrielle mondiale, mais la pauvreté est très répandue. L'effort des législateurs se concentre sur l'amélioration de l'hygiène. Malgré quelque tentatives (1897 : loi sociale sur l'indemnisation des accidents du travail, 1906 : la loi sociale d'extension de la précédente aux maladies professionnelles, 1908 : loi sociale sur les prestations d'assistance pour les personnes âgées), à la veille de la seconde guerre mondiale, un grand nombre des catégories professionnelles échappent encore à ces lois.

C'est le rapport de Lord Beveridge publié en 1942 « *qui proposera un droit à la sécurité sociale à chacun. Il instaure un système de santé qui fournit des services médicaux gratuits à tous les citoyens et qui est financé par le budget de l'Etat. C'est-à-dire l'impôt. Le système de financement engage donc directement les finances publiques. Alors les grandes caractéristiques du système Beveridge sont : l'unification des assurances sociales, l'extension des bénéficiaires à toute la population, la loi sur les prestations familiales qui crée le premier régime d'allocations familiales destinés aux familles d'au moins deux enfants, niveau de prestation de base trop bas pour empêcher l'entrée dans la pauvreté* ». <sup>5</sup>

Et enfin le système libéral et mixte. Le système libéral est un modèle d'assurance maladie privé et facultatif, il offre des soins à dominance privé financé par des primes souvent liée à l'emploi. L'accès aux soins est limité à ceux qui sont aisés financièrement, les prestations sont meilleurs car les offreurs sont mis à concurrence, les hôpitaux sont privés et

---

<sup>5</sup> Dr F. Binder- Foucard, Dr M. Velten, « économie de la santé », Module 06A, 2007, p.5.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

possèdent une autonomie de gestion, la détermination des tarifs des soins médicaux sont soumis à l'économie du marché.

Par contre le système mixte, de protection sociale américaine repose sur plusieurs sous-systèmes concernant des populations différentes, mais il se peut que certaines personnes relèvent de plusieurs sous-systèmes, couverts par un programme public et assurance privée complémentaire individuelle. Le système combine des mesures d'assurance sociale destinées aux personnes âgées, et des programmes d'assistance aux personnes gravement handicapées et aux familles défavorisées, les prestations qui sont à la charge des dépenses publiques, et des mesures assurantielles privées sous la forme de plan d'assurance santé proposé par les employeurs ou souscrit à titre individuel et volontaire. Notons que le système de sécurité sociale algérien est un système mixte basé sur deux grands courants bismarckiens et Beveridgien.

### **▪ La sécurité sociale**

Est définie par tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus et aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux qu'ils rencontrent. Ce dernier, répond à un besoin fondamental de l'être humain qui est la sécurité, protéger toute population d'un pays et non seulement telle ou telle catégorie sociale et enfin assure une protection générale.

En revanche, les risques sont des situations ou des événements qui perturbent les conditions économiques des ménages par augmentation des dépenses et/ou la diminution des ressources. Les risques peuvent être d'origine professionnelle (accidents du travail, maladies professionnelles), d'origine non professionnelle (vieillesse, allocation familiales, invalidité maladie, maternité, décès, veuvage), et d'origine économique qui est (le chômage).

Par ailleurs, il est présent dans la vie quotidienne et qui fait peur puisqu'il évoque l'idée d'un danger ou d'un péril, cependant il est défini comme « un événement futur certain ou incertain qui dépend uniquement du hasard ». Sa réalisation se traduit par des dégâts ou des dommages pouvant affecter soit des biens (meubles ou immeubles), soit des personnes.

Enfin un risque peut être assurable, il doit répondre à trois (3) conditions :

- L'élément doit être futur (le risque ne doit pas être déjà réalisé) ;
- Il doit aussi y avoir une incertitude (c'est-à-dire qui dépend du hasard et aussi l'arrivée de l'évènement ne doit pas dépendre exclusivement de la volonté de l'assuré) ;

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

---

- Absence de volonté favorable quand à la survenance du risque, (car le risque doit être un événement indésirable, c'est pourquoi, la volonté doit être défavorable).

En conclusion, le risque est un événement futur, incertain et ne dépend pas exclusivement de la volonté de l'assuré.

- **Une prestation sociale**

Est un dédommagement fourni à toute assujetties à un organisme de la sécurité sociale (toute personne affiliée au régime de la sécurité : les assurés et leurs ayant droit) lorsqu'elle se trouve dans une situation qui nécessite une couverture par la protection sociale (exemple de remboursement maladie ; pension de retraite, pension d'invalidité, allocation chômage, etc.).

Ces prestations sociales sont en générale versées en contrepartie du versement des cotisations mensuelles ; ils peuvent être fournis en espèces, dans le cas de la pension de retraite que reçoivent régulièrement les retraités, et les remboursements, et en nature, lorsqu'un patient est soigné à l'hôpital et également l'existence d'équipements sociaux comme les crèches pour l'accueil des enfants,

L'histoire de la sécurité sociale peut se découper en trois grandes périodes : du moyen âge à la monarchie absolue, de l'avènement de l'Etat Providence et la crise des Etats sociaux.<sup>6</sup>Du moyen âge à la monarchie absolue la solidarité est organisée autour des collectivités (villages, familles) et de plus en plus autour du travail (compagnonnage, coopération de métiers constituent des amicales).

Il s'agit alors d'un système très centralisé qui s'adresse à l'indigent\*. Durant le passage de la féodalité à la monarchie absolue, on assiste à un transfert de la solidarité des collectivités autonomes vers le pouvoir centralisé (église, Etat), un transfert au sein des pouvoirs centralisés, la gestion de la solidarité de l'église vers l'Etat (par exemple la création au XIIIe siècle, par Saint Louis de l'hôpital des Quinze-Vingt pour les aveugles, mise en place de grand bureau des pauvres à Paris en 1554). En Angleterre, la loi des pauvres, promulguée en 1601, est pionnière dans le domaine et dure trois siècles.<sup>7</sup>

De la révolution à l'ère industrielle ; Pendant cette période, il y a lieu une accélération des tendances antérieures marquées par la dominance du rôle de l'Etat. Car le rôle prédominant de l'Etat se caractérise par trois points : une attaque contre les réseaux

---

<sup>6</sup> MAHAMAT I. A, & NOUSSOURA. A, « La protection sociale en Algérie : Dispositifs mis en place pour lutter contre les risques », Mémoire de master en Economie de la Santé, sous la Direction de M<sup>R</sup> SALMI M. 2015-2016.

\* Personne sans ressources.

<sup>7</sup> « Que ce la protection sociale » disponible sur <http://www.fr-Vie-publique> (consulté le 27 /09/2017 à 19h39).

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

spontanés de solidarité, avec notamment le démantèlement des corporations par la loi chapelier en 1791.

Une tentative de dépossession de l'Eglise de sa fonction traditionnelle d'assistance, et une affirmation de la responsabilité de la nation par rapport aux déshérités (l'Etat républicain ne faisait que se substituer à la monarchie absolue). En effet, avec la révolution le droit d'assistance est reconnu à chacun mais il est conçu comme un substitut de droit de travail.

Ainsi, la notion accorde une aide minimale aux individus les plus déshérités (malades, vieillards, à l'enfance, ...). Donc, la révolution industrielle et la révolution agricole provoquent un fort exode rural entraînant un certain nombre de conséquence tel qu'un entassement de la population dans les villes, ainsi qu'une rupture des réseaux spontanés de solidarité.

La surexploitation de la classe ouvrière fait l'objet (travail des enfants, journées de 14 à 16 heures de travail, salaires dérisoires, absence de toute protection à la maladie et à la vieillesse) détermine l'accumulation de misère dans les villes. Cela finit par susciter une prise de conscience. Le 19<sup>ème</sup> siècle est marqué par un épanouissement des caisses de secours mutuelles à l'étiquette variée qui témoignent de la structuration progressive de la solidarité à partir du monde du travail. Cela a permis de comprendre l'éclatement actuel de la sécurité sociale en une myriade (quantité innombrable) de régimes à base professionnelle.

La fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et le XX<sup>ème</sup> siècle sont marqués en Europe par la mise de législations sociales. En effet, de 1880 à 1914 c'est une époque d'expérimentation où les différents risques sont couverts successivement et où les formes de financement sont expérimentées, sans aucun consensus, et où n'apparaissent ni objectifs, ni moyens à mettre en œuvre. Il est paradoxal de constater que cette première mise en œuvre a été le fait d'un régime autoritaire : celui du gouvernement de Bismarck en Allemagne dans les années 1880, les risques couverts les premiers, en raison de la responsabilité de l'employeur.

Le chômage n'est pas encore pris en compte suite à la généralisation des différents risques couverts (1945 à 1975), la période d'euphorie <sup>a</sup> qui a fait suite à la deuxième guerre mondiale s'est manifestée entre autres par la constitution d'un grand mouvement en faveur d'une extension de la protection sociale. L'Etat providence moderne se diffuse dans toute l'Europe et partiellement en Amérique du nord.

---

<sup>a</sup> Euphorie : c'est une sensation d'aise, de contentement.

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

---

En 1965, deux programmes ont été instaurés par l'intermédiaire du président Lyndon Johnson : Medicare et Medicaid. Ce sont deux programmes bien distincts avec des critères précis pour y adhérer. Ces deux programmes publics représentent 4% du PIB. Il subsiste une inquiétude de la part des économistes qui prévoient une croissance de ces organismes pouvant atteindre 12% du PIB d'ici 2050.

Selon Thomas.S, les américains ne pouvant être assuré par Medicare, Medicaid ou par une assurance privée de par leur employeur, doivent se présenter directement devant un assureur privé. Toutefois, ces assureurs pratiquent de faibles taux de remboursements.

- **Medicare** : Lyndon John fit passer le projet Medicare dans son programme de « guerre contre la pauvreté ». Ce programme, dirigé par l'Etat américain, prend en charge les personnes âgées de plus de soixante cinq ans et les personnes handicapées, ce qui présente environ quarante millions de personnes.
- **Medicaid** : Créé aux États-Unis par Lyndon John en 1965 à partir de la sécurité sociale (Social Security Act) pour lutter contre la pauvreté, Medicaid offre aux handicapés, aux enfants ainsi qu'aux familles pauvre une assurance maladie. Medicaid retirent d'autres critères que le revenu comme l'âge, la grossesse et même la condition physique. Cela concerne près de 40 millions de personnes.<sup>8</sup>

Dès 1950, tous les grands risques sont couverts. Entre 1950 et 1970, les travailleurs indépendants et les personnes non actives deviennent protégés, soit au sein d'organismes particuliers, soit en tant que citoyens. En 1970, la plupart des européens bénéficient de l'Etat providence, contre 60% des américains et 70% des japonais ou des canadiens. L'Etat providence profite des trente années de croissance économique forte de plein emploi (Les trente glorieuses) pour assurer son développement.

À la fin de la crise des budgets sociaux depuis 1974, année du premier choc pétrolier, les pays industrialisés ont vu leur croissance économique se ralentir progressivement puis s'arrêter. La décennie 90 et le début des années 2000 ont été marqués par une augmentation faible du Produit Intérieur Brut (PIB).

Cette crise économique s'est principalement traduite par une croissance irrésistible du chômage qui s'est par la suite stabilisé à un niveau élevé (10%). Les facteurs explicatifs de la crise sont la montée du chômage et le rôle du vieillissement démographique.

---

<sup>8</sup> Thomas Souaidet, « la réforme du système de santé américain », Economica and nuance, 2011, page 13.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

La montée du chômage met en péril la protection sociale par l'effet conjugué : du manque de financement, notamment dans les systèmes type Bismarck basés sur les cotisations sociales, et de prestations supplémentaires à verser (les indemnités chômage à un nombre toujours plus élevé de chômeurs).

L'important vieillissement démographique, que subissent les sociétés industrialisées, vient également renforcer de façon considérable les dépenses de protection sociale. Les deux facteurs précédents expliquent, en grande partie, le déséquilibre croissant présent et futur des budgets : le fameux « trou de la sécurité sociale » que les gouvernements successifs s'efforcent de combler sans succès. En effet, on constate que ces budgets sociaux consomment une partie croissante du PIB, quelle que soit la conjoncture économique (croissance ou récession avec toutefois une accélération en cas de récession).<sup>9</sup>

### **1-1- La sécurité sociale comme un élément de la protection sociale**

La protection sociale est formulée pour la première fois aux Etats Unis d'Amérique en 1935 dans le cadre du « Social Security », voté par le sénat américain. Ce programme constituait des mesures de sécurité sociale qui s'inscrivait dans le cadre d'une politique de développement rendue nécessaire par les bouleversements occasionnés par la crise économique de 1929. Néanmoins, l'institution telle que nous la connaissons actuellement s'est toutefois développé en Europe, durant les années quarante.

En effet, c'est en 1942 que l'anglais William Beveridge a publié un rapport élaboré à la demande de son gouvernement dans lequel il définit les fondements de la sécurité sociale en proposant un droit de la sécurité sociale à chacun, de même qu'il proposa une politique sanitaire. Le système de santé fournissant gratuitement les services et les biens médicaux est financé par l'impôt, est ainsi créé et appelé Beveridge.

Ce dernier, proposait donc à son gouvernement, une couverture sociale pour toute la population sans distinction de classe et de profession par le système de sécurité sociale, une prise en charge de tous les risques susceptibles d'affecter la personne humaine, de diminuer ou de tarir sa capacité de gain à l'instar du risque du chômage, maladie, infirmité, vieillesse et charges de famille, une médecine qui soit nationalisée, d'abandonner tous les mécanismes traditionnels de l'assurance. Enfin que toutes ces mesures annoncées soient prises en charge par le biais de la planification.

---

<sup>9</sup> Grand et S. Kopel, « De la charité à la solidarité-origine de la protection sociale dans le monde ». P.138 à 140.

### **1-2- La sécurité sociale : Un système de redistribution des revenus**

La sécurité sociale protège donc les assurés sociaux et leurs ayants droits en leurs garantissant une protection des risques susceptibles de les affecter. Les individus protégés savent qu'ils existent des moyens ou des instruments qui leur permettent de faire face à d'éventuelles difficultés liées à une situation de maladie ou autres. Se sentir protégé de l'incertitude du lendemain par rapport à non affiliation de la sécurité sociale, et qui, en définitive, permet d'éviter de vivre au jour le jour. La sécurité sociale est en outre un vaste système de contribution entre individus où s'opère une redistribution de revenus.

- **Une redistribution horizontale des revenus**

A travers un transfert entre les biens portants et les malades (tous les deux cotisent mais seuls les malades bénéficient de prestations), les actifs et les inactifs (la retraite est une forme de solidarité entre la génération d'actifs qui cotisent à la sécurité sociale tandis que la généralisation d'inactifs bénéficie des prestations de pension de retraite), les célibataires et charges de failles (tous les deux cotisent mais ce sont les parents avec les enfants qui touchent l'allocation familiale).

- **Une redistribution verticale des revenus**

Se produit entre les individus appartenant à diverses classes de revenu. En générale, cette redistribution se fait des plus riches vers les pauvres.

### **1-3- Les principes inhérents au système de la sécurité sociale**

Le système de sécurité sociale repose sur le principe de répartition de la solidarité professionnelle et intergénérationnelle. En effet, les risques couverts sont gérés en répartition où la sécurité sociale répartit les charges pesant sur les assurés sociaux, touchés par un quelconque risque, sur la masse des cotisations collectées de l'ensemble de ses affiliés non touchés pour la plupart d'entre eux par la survenance du même risque ou autres.

La solidarité professionnelle est l'autre principe sur lequel repose le système de sécurité sociale qui peut être défini comme le sentiment d'un destin commun qui pousse les hommes appartenant à une même catégorie socioprofessionnelle à s'aider en cas de difficultés. Cette solidarité peut concerner les individus exerçant des métiers différents partageant tout de même une même citoyenneté.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

Enfin, la solidarité intergénérationnelle se manifeste à travers la solidarité liant la génération d'actifs qui cotise à la sécurité sociale tandis que la génération d'inactifs perçoit des pensions de retraite. En effet, la retraite étant une forme de solidarité entre génération : génération d'actifs et génération d'inactifs.<sup>10</sup>

Par ailleurs, les ordonnances du 4 octobre 1945 sont considérées comme la date de fondation de la sécurité sociale. L'article premier de cette ordonnance stipule : « Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gains à couvrir les charges de maternité ou les charges de familles qu'il supportent ». Ce concept nouveau est un droit fondamental garanti par la loi à toute être humain qui vit de son travail ou qui se trouve dans l'impossibilité ou l'incapacité temporaire ou permanente de travailler. La sécurité sociale se fonde sur 5 grands principes :

L'universalité permet à la population sans distinction d'activité ou de revenu est couverte par le système contre tous les risques susceptibles d'amoindrir ou de tarir les moyens d'existence (maladie vieillesse, chômage, charge de famille), il y a le système d'unité qui s'incarne dans un service public unifié placé sous l'égide de la puissance économique dans un souci de simplification, les assurés relèvent ainsi d'un seul et unique service public (toutes les prestations avec un seul timbre sur une seule carte), le système doit garantir aussi à chacune des prestations uniformes quelque soit son revenu ou niveau de vie.

Le principe de l'uniformité des prestations découle de l'application de principe de la solidarité nationale qui tend à la garantie d'un minimum social (uniformité) ; la solidarité qui est la pierre angulaire du système de solidarité inter-génération, actifs, retraités, malades, bien portants le tout financé par les richesses créées dans l'entreprise. Et enfin une gestion assurée par les intéressés (démocratie).

### **2- Historique de la sécurité sociale en Algérie**

La première législation sociale en Algérie remonte à 1920. C'est une législation qui porte sur les accidents du travail qui est suivi, quelques années plus tard, par une législation concernant les retraites ouvrières. En 1949, une législation sur les allocations familiales est instituée, et c'est au tour de la législation sur les assurances sociales de voir le jour.

---

<sup>10</sup> SALMI M., « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : Eléments pour une évaluation de la qualité des soins », Thèse de doctorat de 2009, P. 173 à 174.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

Toutes ces législations constituent le fondement de la sécurité sociale, instituée d'abord en France, puis en Algérie. Néanmoins, cette protection sociale profite aux populations européennes plus qu'aux populations algériennes indigènes. En effet, ce système de sécurité sociale est géré par une multitude de caisses offrant chacune des représentants de différentes catégories sociales et géré par une multitude de caisses offrant chacune des prestations différenciées à ses affiliés.

La population algérienne dont l'écrasante majorité travaille dans l'agriculture donc affiliée au régime agricole, lequel se trouve désavantagé par rapport aux autres régimes constitués, ce qui conduit à l'exclusion des prestations offertes par ce régime de la sécurité sociale, de tout un plan de la société algérienne.<sup>11</sup>

En réalité, c'est en 1949, que la sécurité sociale est instituée en Algérie car toute une législation relative à la protection sociale est promulguée en cette période. Celle-ci intègre et complète toutes les législations antérieures appliquées en matière d'accidents de travail, de retraites et d'allocations familiales. Elle définit, en outre les régimes pour les différents secteurs. Onze (11) régimes de sécurité sociale sont de ce fait constitués :

Le régime agricole, géré par la caisse de mutualité agricole (CNMA), présentait la particularité de ne pas comporter les prestations familiales et que les conditions d'accès aux droits pour les autres assurance y étaient plus sévères, le régime des fonctionnaires géré par la caisse de la sécurité sociale des fonctionnaires pour le volet assurances sociales (CSSF) et la caisse générale des retraités (CGRA) pour celui de la retraite des fonctionnaires, se caractérisait par le fait que l'employeur (l'Etat) gérait lui-même les allocations familiales, les accidents de travail et les pensions de retraite.

Le régime des cheminots (travailleurs des chemin de fer), géré par la caisse des cheminots (CC), était identique à celui des fonctionnaires, le régime des personnels de service de l'électricité et du gaz, géré par la caisse d'assurance et de prévoyance des agents de la Société Nationale de l'Electricité et du gaz, (CAPAS), était lui aussi pratiquement identique au régime des fonctionnaires, le régime des mines, géré par la caisse de sécurité sociale des mines (CSSM) présente la particularité de recevoir des subventions de l'Etat pour les services de retraite de base.

---

<sup>11</sup> «Historique des Prestations offertes par la CASNOS » disponible sur <https://casnos.com.dz/historique/> (consulté le 24/09/2017 à 17h27).

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

---

Les allocations familiales étaient servies par le régime général, le régime des marins pêcheur (gens de la mer), géré par l'établissement national des marins pêcheurs (ENMP) se distinguait surtout par son financement particulier, le régime de non salariés, géré par la caisse d'assurance vieillesse (CAVNOS) offrait une unique prestation qui est celle de la retraite, le régime des étudiants ne dispensait que des prestations en nature des assurances maladie et de maternité, les militaires disposaient d'un régime qui est leur propre, les personnels non titulaires, employé par l'Etat et les collectivités locales à titre de vacataires ou de temporaires, relèvent d'un régime particulier où les prestations de retraite ne sont pas identiques à celles des fonctionnaires (employés titulaires).

Ces différents régimes relèvent de 71 caisse de sécurité sociale n'assurent pas les mêmes prestations sociales et leurs financements proviennent des sources différenciées. Ce système est reconduit dans son intégrité au lendemain de l'indépendance de l'Algérie par l'ordonnance présidentielle de 31 décembre 1962. Néanmoins, plusieurs mesures sont prises entre autres : l'extension des allocations familiales au secteur agricole public.

*« Les indemnités journalières en matière d'accidents de travail sont revalorisées et plusieurs textes réglementaires sont promulgués tels le 1<sup>er</sup> décret de l'indépendance n°63-457 du novembre 1963 qui porte sur la création d'un organisme de sécurité pour le régime des marins, sont promulgués ensuite, le décret n°64-125 du 12 décembre 1964 qui procède à un remaniement de la composition du conseil d'administration des caisses 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 régimes ».*<sup>12</sup>

A l'indépendance, le système algérien de protection sociale repose sur une multitude de caisse, sur divers principe de fonctionnement, de financement et d'avantages servis aux assurés. Cette diversité a induit une inégalité dans la couverture sociale entre les travailleurs, ce qui incite le gouvernement à unifier le système, à travers la loi sur la sécurité sociale de 1983<sup>13</sup> celle-ci a mis fin à la pluralité des régimes, et à donner naissance à un seul régime de sécurité social qui couvre un nombre plus important d'assurés, offrant les mêmes avantages pour tous les travailleurs.

---

<sup>12</sup> SALMI M., « système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : Eléments pour une évaluation de la qualité de soins », Thèses de doctorat de 2009, P 175- 177.

<sup>13</sup> Loi de 1983 relative aux assurances sociales, « la période d'un système de sécurité sociale unifié ».

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

---

Par contre, les prélèvements sur les salaires est la principale source de financement du régime. Cela a donné comme l'impression que le système veut atteindre les objectifs de Beveridge avec les moyens de Bismarck. La réalisation d'une formule n'a pas été facile face aux changements qu'a connu l'économie algérienne et qui ont fait que les recettes en provenance des prélèvements sur les salaires n'est plus en mesure de couvrir les dépenses en charge des catégories défavorisées de la population. Tel que les indemnités complémentaires pour les petites pensions retraites, des taux de cotisations réduites pour les catégories particulières, des allocations forfaitaires de solidarité pour les personnes âgées et les chefs de famille sans revenu.

Autant d'avantages non contributifs (financés par le budget de l'Etat) créés à coté du régime assurantiel contributif ont changé la nature du système algérien de protection sociale. Le budget social devient de plus en plus important au point de remettre en cause la nature contributive bismarckienne du système.<sup>14</sup>

Entre 1962 et 1983, introduit par un processus d'extension de la métropole à la colonie, le système de sécurité sociale allait progressivement se différencier dans le cadre de l'Algérie indépendante qui avait une notion de la sécurité sociale particulièrement différente eu égard aux écarts de développement entre les communautés européennes et autochtones et la marginalisation de larges couches sociales. Sectaire et limité à son origine, ce système allait connaître des transformations majeures en vertu des orientations politiques socialisantes et dans le cadre des plans de développement socio-économiques entrepris.

Le droit à la santé et à la protection sociale est affirmé par la charte nationale de 1976 : « L'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population », et dans la constitution de 1976 « tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé ». Les résolutions du comité central du FLN à la dynamique d'ensemble du développement économique et social.<sup>15</sup>

En 1985, les organismes existants furent unis autour de deux caisses nationales, la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et Maladies Professionnelles (**C.N.A.S.A.T.**) et la Caisse Nationale de Retraite (**C.N.R.**), érigées en Etablissements Publics à caractère Administratif (**E.P.A.**).

---

<sup>14</sup> MEROUANIW & HAMMOUDA « Le système algérien de la protection sociale » : entre bismarckien et Beveridgien », in revue Cread 2014 n°107 à 108.

<sup>15</sup> LAMRI .L, « monographie de l'assurance maladie en Algérie », Tunis, Hammamet : 14 :16 novembre 2001, page 9 à 10.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

En 1988 le statut juridique des deux caisses fut modifié en Etablissement Public à caractère Spécifique, à la faveur de la loi 88-01 qui porta autonomie aux entreprises publiques. En 1992 la CNASAT changeait appellation par Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (C.N.A.S.), et il y'avait l'institution de la Caisse des Assurances Sociales des Non-salariés (C.A.S.N.O.S.). En 1994 fut établie le régime de pension de retraite anticipée et l'indemnité d'allocation chômage. Les derniers changements furent en 1995 par la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Chômage (C.N.A.C.) et en 1998 l'institution de la Caisse Nationale des Congés Payés des Travailleurs du Bâtiment (C.A.C.O.B.A.T.P.H.).

En résumé, le système de sécurité sociale actuel comprend cinq (5) caisses autonomes couvrant pratiquement tous les risques de la vie professionnelle définis par l'organisation internationale du travail (OIT) :

- Les soins médicaux, l'invalidité, le décès, la maladie, la maternité, les accidents de travail et les maladies professionnelles sont pris en charge par deux caisses la CNAS et la CASNOS selon que la population assurée soit salariés ou non-salariés.
- La retraite (vieillesse) est prise en charge par la CNR.
- Le chômage pour raison économique est pris en charge par la CNAC.
- Les congés payés et le chômage de secteurs spécifiques sont pris en charge par la CACOBATPH.

Le dernier risque prévu par l'OIT est appelé « aide au revenu familiale », qui en Algérie répond à d'autres mécanismes ; il est intégralement pris en charge par l'Etat et ne dispose pas de caisse spécifique à sa gestion.

### **Section 2 : Les composantes de la sécurité sociale en Algérie**

Avant d'aborder le sujet sur les composantes de la sécurité sociale, nous avons jugé utile de vous donner un bref aperçu sur le rôle de celle-ci.

#### **1. Rôle de la sécurité sociale dans le bien être de la population**

##### **▪ Bonne gouvernance**

L'amélioration de la gouvernance de la gestion des fonds et de l'administration des prestations accroîtra la confiance de la population et le soutien apporté par le grand public, favorisera les affiliations et contribuera à l'efficacité de la fourniture de Services et de prestations.

## Sensibiliser la population

Une meilleure connaissance des droits peut favoriser l'affiliation. Les administrations peuvent toutefois aller encore plus loin et cultiver la conscience civique dès le plus jeune âge, afin de faire connaître l'importance de la sécurité sociale pour le bien-être individuel et collectif

- **Étendre progressivement la couverture**

Elargir la couverture tout d'abord aux groupes les plus faciles à atteindre, puis à ceux qui sont les plus difficiles à toucher, tenir compte des capacités contributives des différents groupes, redéfinir les priorités des dépenses et instaurer des moyens plus efficaces de faire respecter les obligations de cotisation constituent des moyens de favoriser l'affiliation.

- **Échanger des connaissances et des expériences**

Les administrations qui ont déjà une expérience en la matière peuvent la partager pour aider les autres à élaborer leurs socles de protection sociale.<sup>16</sup>

- **Élaborer des systèmes de suivi**

Le suivi régulier et la collecte de données précises sont indispensables à l'évaluation de la performance des programmes et à la mise en évidence des bonnes pratiques, des insuffisances et des difficultés.

- **Renforcer les capacités institutionnelles**

Les organisations qui jouissent d'une réputation de sérieux et de fiabilité en matière d'administration des régimes peuvent se charger de la mise en œuvre des SPS ou apporter leur aide aux administrations encore inexpérimentées dans ce domaine. Adopter les nouvelles technologies : les nouvelles technologies peuvent contribuer à l'extension de la couverture en permettant la mise en place de nouveaux programmes qui fonctionneront avec efficacité et efficacité, notamment en ce qui concerne la gestion des assurés et des demandes et la fourniture des prestations.<sup>17</sup>

## 2. Les caisses des organismes de la sécurité sociale

La sécurité sociale algérienne est composé de cinq caisses citées dans le premier chapitre, mais notre travail sera essentiellement recentré sur les prises en charge du remboursement des actes médicaux effectué par la « CNAS ; CASNOS »

---

<sup>16</sup> Simon Brimblecombe & Ian Orton, & Guillaume Filhon « Évolution de la sécurité sociale dans le monde : état des lieux et dynamique »; École nationale supérieure de Sécurité sociale, mars 2014/1 N° 45 | pages 31 à 39.

<sup>17</sup> MARIE-France G., « Rôle de la sécurité sociale en Algérie » in revue CREAD n°2, 2ème trimestre 1984, pages 29-55.

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

### ▪ CASNOS

Toute personne exerçant une activité non salariée doit s'affilier à l'agence locale de la CASNOS du lieu de son activité, Les travailleurs non-salariés cotisent obligatoirement aux assurances sociales qui couvrent la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès, à la retraite ; Les cotisations sociales s'élèvent à 15 % réparties en parts égales (7,5 %) entre les assurances sociales et la retraite.

En 2017, elles sont calculées sur la base du revenu annuel imposable ou à défaut du chiffre d'affaire, entre : 216 000 DZD minimum ; 4 320 000 DZD maximum. ; Au 27 février 2017, 1 Dinar algérien (DZD) vaut 0,0085 euro

La cotisation annuelle pour 2017 varie entre : 32 400 DZD minimum, et 648 000 DA maximum.

### ▪ CNAS

Les personnes qui exercent en Algérie une activité salariée ou assimilée ou qui sont en formation professionnelle, quelle que soit leur nationalité sont obligatoirement assurées à la sécurité sociale.

**Tableau N°1 : Taux de cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 2017**

<b>Branche</b>	<b>A la charge de l'employeur</b>	<b>A la charge du salarié</b>	<b>A la charge du fonds des œuvres sociales</b>	<b>Total</b>
<b>Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)</b>	<b>11,5 %</b>	<b>1,5 %</b>	-	<b>13 %</b>
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>	<b>1,25 %</b>	-	-	<b>1,25 %</b>
<b>Retraite</b>	<b>11 %</b>	<b>6,75 %</b>		<b>17,75 %</b>
<b>Assurance chômage</b>	<b>1%</b>	<b>0,5 %</b>	-	<b>1,5 %</b>
<b>Retraite anticipée</b>	<b>0,25 %</b>	<b>0,25 %</b>	-	<b>0,5 %</b>
<b>Logement social</b>	-	-	<b>0,5 %</b>	<b>0,5 %</b>
<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>9 %</b>	<b>0,5 %</b>	<b>34,5 %</b>

**Source :** tableau sur le Taux de cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 2017 ; caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS) .direction générale 5, passage Abou Hamou Moussa Ex Mohamed V ALGER 16000.

Lorsque l'assuré a travaillé pendant plus de 3 ans pour le même employeur, ce dernier est tenu de verser une somme égale à 80 % du salaire mensuel moyen par année d'ancienneté dans la limite de 12 mois. L'assiette des cotisations de sécurité sociale est constituée de

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

l'ensemble des éléments du salaire à l'exclusion des prestations à caractère familial, des primes de départ, des indemnités pour conditions de vies particulières.

Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé. Le salaire de poste correspond au salaire plafond par type d'activité, pris en compte pour le calcul des cotisations (l'appellation exacte étant "salaire soumis à cotisations" tel que défini par la loi 90-11 relative aux relations de travail). Les prestations familiales sont financées à 100 % par le budget de l'Etat.

La Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés (CNAS) assure le recouvrement des cotisations de sécurité sociale, via son site de télé déclaration, pour le compte des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité et décès) et des accidents du travail et maladies professionnelles. Les cotisations retraite sont recouvrées par la Caisse Nationale des Retraites (CNR).

Le salaire national minimum garanti (SNMG) est fixé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 à 18 000 DZD (au 27 février 2017, 1 Dinard algérien vaut 0,0085 euro) par mois pour 40 h de travail hebdomadaire. Ce SNMG sert de référence aux montants minimum pour le versement des cotisations et le paiement des prestations de sécurité sociale.

Les titulaires de pensions ou de rentes sont exonérés du paiement des cotisations d'assurances sociales si le montant de l'avantage est égal ou inférieur au SNMG, ils sont aussi redevables d'une cotisation d'assurances sociales de 2 % lorsque ce montant est supérieur au SNMG.<sup>18</sup>

### **3. Organisation et fonctionnement de la CNAS et CASNOS**

#### **3-1- Organisation de La CASNOS et la CNAS**

Est organisé en une direction générale à Alger disposant d'un organigramme particulier, des agences de wilaya dépendant de celle-ci agence de wilaya situé au chef lieu de wilaya avec des guichets spécialisés au niveau de certaines daïra avec des organigrammes particuliers<sup>19</sup>. Au même titre que la CNAS et la CNR, la CASNOS est dirigée par un Directeur Général, représentant l'exécutif il est nommé par décret. La caisse est administrée

---

<sup>18</sup>BEN YETTOU S. & GHOUALI T., « Une étude prévisionnelle des recettes et des dépenses de la branche, assurance sociale », cas de la CNAS, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, institut national de la planification de la statistique, encadré par ; MR BESSA .année 2003.2004.

<sup>19</sup> JORA N°34-1997 modifier et compléter par arrêté du 5 dhou el kaada 1427 correspondant au 26 novembre 2006 ( JORA n°16-2007).

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

par un conseil d'administration jouant le rôle d'organe délibérant à l'intérieur d'une organisation interne propre à la CASNOS.<sup>20</sup>

La C.A.S.N.O.S est organisée sur le modèle d'une structure centrale relayée par des agences de wilaya regroupant une à plusieurs antennes qui sont elles-mêmes relayées par des guichets de proximité (Arrêté Ministériel N°17 de la 15/01/2015 portant organisation interne de la C.A.S.N.O.S.). Sous l'autorité du Directeur Général, assisté du Directeur Général Adjoint et de Conseillers, la Direction Générale de la Caisse comprend :

- La Direction des Finances et de la Comptabilité ;
- La Direction des Prestations ;
- La Direction du Recouvrement, du Contrôle et du Contentieux ;
- La Direction des Ressources Humaines et des Moyens ;
- La Direction des Études, de l'Organisation et des Systèmes d'Information ;
- La Direction du Contrôle Médical, des Études et du Conventionnement ;
- La Direction de l'Audit et du Contrôle ;
- La Cellule des Études Actuarielles ;
- La Cellule d'Information et de Communication ;
- La Cellule d'Accueil, d'Écoute et de l'Orientation du citoyen.

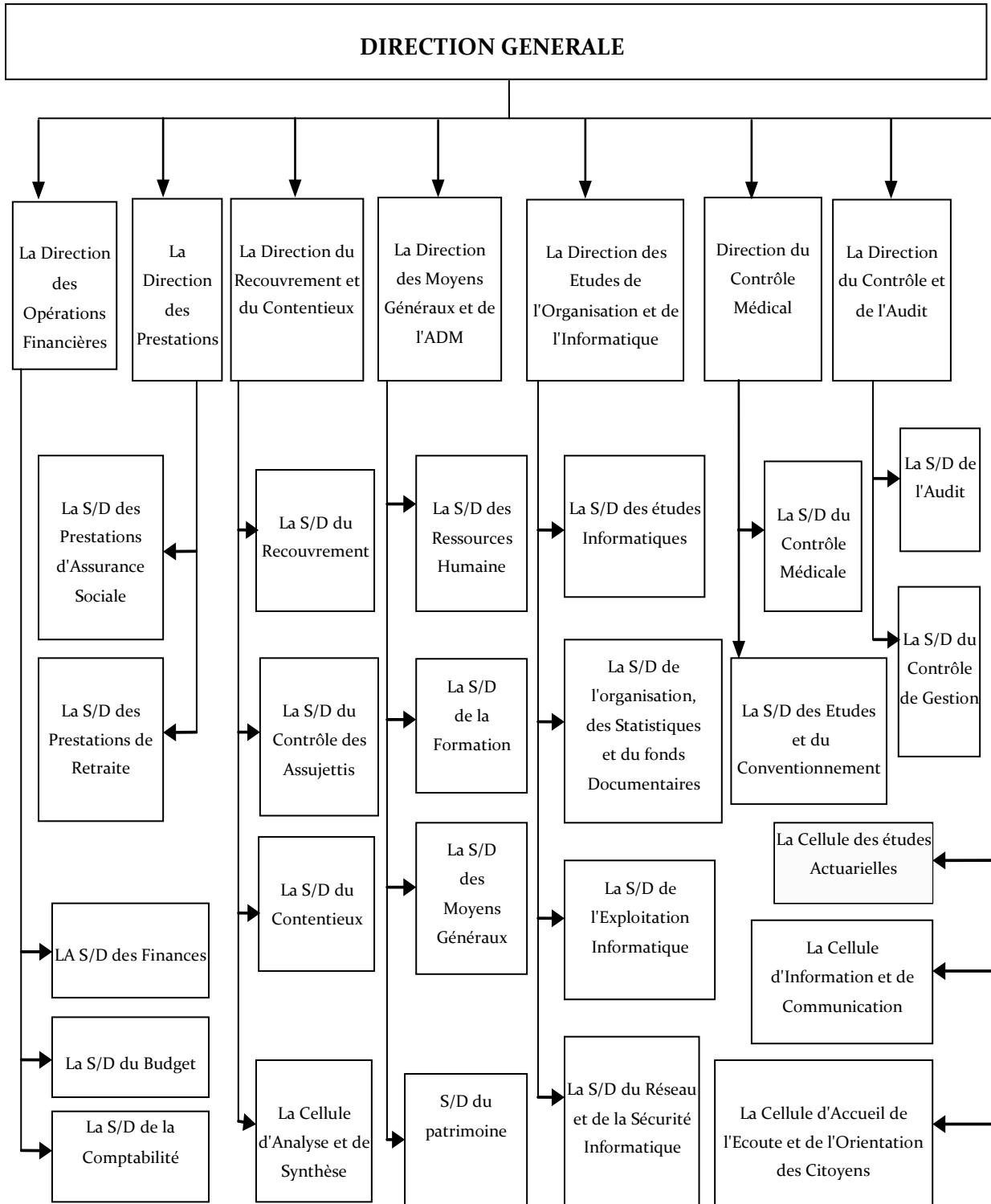
Concernant la présence de la CASNOS à travers le territoire national, elle est structurée comme suit :

- 49 agences de wilaya auxquelles sont rattachées les antennes et les guichets de
- proximité.

---

<sup>20</sup> « Organisation de la CASNOS », disponible sur <https://casnos.com.dz/organisation/>, (consulté le 29/08/2017 à 13h10).

**Figure N° 1 : Organigramme de la Direction Générale de la CASNOS**



Source : Recueil de textes législatifs et réglementaires, Droit de la sécurité sociale Alger, 2015, P. 164-168

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

### **▪ Organisation de la CNAS**

La CNAS est administrée par un Conseil d'Administration, elle est placée sous la tutelle du Ministre du travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, son siège est à Alger (BEN AKNOUN), elle a une compétence nationale et dispose de services centraux et locaux<sup>21</sup>.

### **▪ Les structures de la CNAS**

Pour remplir ses missions, la CNAS dispose d'une Direction générale. De 49 Agences de wilaya (dont 2 à Alger) ,826 structures de paiement, dont 356 centres de paiement, 401 antennes de paiement et 69 correspondances locales. 4 cliniques spécialisées (chirurgie cardiaque infantile, orthopédie et rééducation, ORL, dentaire) ,4 centres régionaux d'imagerie médicale,35 centres de diagnostic et de soins,55 officines pharmaceutiques,30 crèches et jardins d'enfant, une imprimerie à Constantine.,<sup>22</sup>Un centre familial à caractère social à Ben aknoun.<sup>23</sup>

### **3-2- Fonctionnements de la CASNOS et la CNAS**

Chacune des caisses est dirigée par un directeur qui est responsable du fonctionnement général de la caisse ; qui représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile ; qui exerce l'autorité hiérarchique, sur l'ensemble du territoire, du personnel et pourvoit aux emplois relevant de sa compétence ; qui est seul ordonnateur des recettes et des dépenses de la caisse ; qui établit le projet de budget de la caisse et le transmet au ministre de tutelle ainsi que le bilan de chaque exercice et un rapport annuel d'activité.

La caisse est administrée par un conseil d'administration composé comme suit :

Le représentant du ministre de tutelle, président ; un représentant du ministre chargé des finances ; un représentant du ministre chargé des collectivités locales ; un représentant du ministre chargé de la planification ; un représentant du ministre chargé de la santé -un représentant du ministre chargé du travail ; un représentant du parti du FLN ,cinq représentants de l'U.G.T.A ; Deux représentants de l'U.N.P.A ; quatre représentants des organismes employeurs des secteurs d'activités suivants, désignés par leurs ministres de tutelle. Fonction publique, bâtiment, industries, légères et agriculture ; un représentant des

---

<sup>21</sup> LAMRI L. : « le système de sécurité sociale en Algérie ». Op cit, p.61. 18.

<sup>22</sup> « Présentation de la CNAS » disponible sur <http://www.cnas.dz/?q=fr/présentation-de-la-cnas> (consulté le 12/10/2017 à 15h52).

<sup>23</sup> Caisse Nationale D'assurances Sociale (CNAS) : « Historique et missions de la sécurité sociale en Algérie » disponible sur [http://www.mtess.gov.dz/mtss\\_fr\\_N/CNAS.htm](http://www.mtess.gov.dz/mtss_fr_N/CNAS.htm), (consulté le : 13/10/2017).

organismes employeurs du secteur privé ; un représentant des non-salariés ; un représentant du personnel de la caisse.<sup>24</sup>

### **Section 3 : Les principales missions de la sécurité sociale**

La sécurité sociale représente un système de protection sociale globale destiné à protéger les travailleurs et leurs familles contre les risques sociaux, pour couvrir ces risques l'Etat à instaurer les différentes caisses citées ci-dessous :

#### **1. La Caisse National Des Retraites « CNR »**

La CNR a été créée par décrets n° 85-223 du 20 Aout 1985 abrogé et remplacé par le décret exécutif n°92-07 du 04 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale. Elle a pour missions notamment :

- De gérer les pensions et allocations de retraite ainsi que les pensions et allocations d'ayants-droit ;
- De mettre en application les dispositions relatives à la retraite prévues par les conventions et accords internationaux de sécurité sociale ;
- D'assurer l'information des bénéficiaires et des employeurs ;
- D'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de retraite. Toutefois, il convient de signaler que cette fonction est actuellement assurée pour le compte de la CNR par la CNAS.<sup>25</sup>

#### **2. La Caisse Nationale D'assurance Chômage (CNAC)**

Elle a été créée par le décret du 06 juillet 1994. Elle devait constituer une « soupape de sécurité » aux dures conséquences de la compression des effectifs de la dissolution d'un grand nombre d'entreprises publiques en vertu des mesures de restructuration de l'économie prévues par le PAS. Cette caisse a la particularité de bénéficier de deux sources de financement : un pourcentage tiré des cotisations sociales et un préfinancement dit d'ouverture de droit versé par les entreprises devant libérer des effectifs ou ayant été dissoutes.

Elle est chargée des allocations de chômage des travailleurs ayant perdu leur emploi pour cause économique (compression ou cessation d'activité). Elle a pour attribution de :

---

<sup>24</sup>Art 4 du décret n° 85- 35 du 9 février 1985 relatif à la sécurité à la sécurité sociale des personnes exerçant une activité professionnelle non salariée.

<sup>25</sup>Article 3 du décret 96/434 du30-11-1996 modifiant et complétant le décret 85-35, Article n°4 et 5 du décret 85-35 du 09 février 1985, art 33 et 34 de la loi 83/12 du 02 juillet 1983.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

- De tenir à jour le fichier des affiliés et d'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de chômage ;
- De gérer les prestations servies au titre du risque qu'elle couvre ;
- D'aider et soutenir la réinsertion des chômeurs à la vie active ;
- D'organiser le contrôle prévu par la législation en matière d'assurance chômage ;
- De constituer et maintenir un fond de réserve pour lui permettre en toute circonstance de faire face à ces obligations vis-à-vis des bénéficiaires.

### **3. La CACOBATH**

C'est la dernière-née des caisses de sécurité sociale. Cette Nationale des Congés Payés et du Chômage Intempéries des secteurs Bâtiment, des Travaux Publics et de l'hydraulique a été créée par le décret n°97-45 du 04 février 1997. Attributions en vertu de son décret de création, la CACOBATH est chargée :

- De la gestion des congés payés et du chômage intempéries des travailleurs des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique,
- De l'immatriculation des bénéficiaires et de leurs employeurs,
- D'assurer l'information des bénéficiaires et de leurs employeurs,
- De procéder aux recouvrements des cotisations,
- De constituer un fond de réserve pour faire face au paiement de ces indemnités,
- De contribuer à créer un fond d'œuvres sociales au profit des travailleurs de son domaine de compétence et à leurs ayants droit.<sup>26</sup>

### **4. La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS)**

Elle est à la fois la plus ancienne et la plus importante caisse par rapport aux autres caisses du système de sécurité sociale car elle couvre plus de risques par rapport aux autres caisses. Ses principales missions sont :

- La gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles,
- La gestion des prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale,
- L'immatriculation des assurés sociaux et des employeurs,
- La promotion des actions de prévention, des accidents du travail et des maladies professionnelles,

---

<sup>26</sup>Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, « la sécurité sociale en Algérie », année 2010.

## **Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie**

---

- La promotion, les actions d'éducation et d'information sanitaire,
- L'organisation et la coordination de l'exercice du contrôle médical,
- La réalisation d'établissement à caractère sanitaire et social,<sup>27</sup>
- Le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations de sécurité sociale,
- L'information des bénéficiaires et des employeurs,
- La passation de conventions avec les praticiens médicaux et les établissements privés de soins,
- La gestion des prestations familiales pour le compte de l'Etat.

Notons que la mission de recouvrement des cotisations est assurée par la CNAS pour le compte des autres caisses avant la mise effective de leurs structures de recouvrement cas de la CNR et la CNAC. Par ailleurs et pour le compte de l'Etat, la CNAS procède depuis 1994 au paiement des prestations familiales (allocations familiales et prime de scolarité).

Cette prise en charge sur le budget de l'Etat des prestations familiales est une contribution de l'Etat pour amortir les effets du plan d'ajustement structurel et devrait s'éteindre à l'horizon 2002, ce qui n'a pas été le cas. Jusqu'à nos jours la CNAS assure le paiement des prestations familiales sur le budget de l'Etat.

### **5. Mission de La Caisse Nationale D'assurance Sociale des Non- Salariés de la « CASNOS »**

La CASNOS est créée par le décret exécutif n°93-119 du 15 mai 1993 fixant l'attribution organisationnelle, fonctionnement administratif de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non-salariés (CASNOS) fixés par le Ministère chargé de la Sécurité Sociale.<sup>28</sup>Elles sont données par les dispositions de l'article 03 du décret N°93-119 précité. La caisse a pour mission, dans le cadre des lois et règlements en vigueur :

- De gérer les prestations et allocations de retraites des non-salariés ;
- De gérer jusqu'à extinction des droits des bénéficiaires les pensions et allocations servies au titre de la législation antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1984,
- D'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues aux alinéas précédents ;

---

<sup>27</sup> Articles 23 (chapitre 1) ,24 ,26 et 27 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983relative aux assurances sociales, JORA N°28 du 05/07/1983.

<sup>28</sup>« La sécurité sociale en Algérie » Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, institut national de travail ; établissement public à caractère industriel et commercial, (route de sidi lakhhal B.P.N.S sebbala draria Alger).

## Chapitre1 : Présentation et Missions de la Sécurité Sociale en Algérie

---

- De gérer, le cas échéant, les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accord internationaux de sécurité sociale.
- D'organiser, de coordonner et d'exercer le contrôle médicale ;
- D'entreprendre des actions sous-forme de réalisation à caractère sanitaire et social après proposition du conseil d'administration ;
- De gérer le fonds d'aide et de secours ;
- De conclure en coordination avec les caisses de sécurité sociale concernées des conventions avec les praticiens, les établissements de soins, officines pharmaceutiques, auxiliaires médicaux etc.... ;
- De procéder à l'immatriculation des assurés sociaux bénéficiaires ;
- De rembourser les dépenses occasionnées par le fonctionnement des diverses commissions ou juridictions appelées à trancher suite à des litiges nés des décisions par la caisse ;
- D'entreprendre des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire après proposition du conseil d'administration ;
- De conclure des ententes avec les caisses de sécurité sociale en vue de fixer les conditions dans lesquelles pourront être mis en œuvre des services du contrôle et du contentieux du recouvrement ;
- De conclure des ententes avec les caisses de sécurité sociale en vue d'assurer le contrôle médical et le service des prestations.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> « Historique de la sécurité sociale » disponible sur <https://casnos.com.dz/historique/> (consulté le 24/09/2017 à 17h27).

### **Conclusion**

La sécurité sociale s'inscrit dans une politique de protection sociale nationale c'est un ensemble d'institutions qui a pour fonction de protéger et d'assister financièrement les individus des conséquences de divers situations ou événements coûteux de la vie, généralement qualifiés de risques sociaux.

Les mesures politiques prises successivement visent à sauvegarder le régime de Sécurité Sociale tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux (Egalité d'accès aux soins, veiller sur la qualité des soins et assurer la solidarité intergénérationnelle), en les conjuguant à la notion de performance dans la gestion du système. Parmi ses principales missions déjà citées nous avons choisi de nous pencher sur les remboursements des prestations des adhérents et leurs ayants droit.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

### Introduction

Les prestations prises en charge par les caisses des organismes de la sécurité sociale donne lieu à un remboursement directe qui est versé sur le compte CCP exclusif de l'adhérent ou au logement du prestataire de service (L'ONAPH, PHARMACIEN). On ne pourrait aborder ce sujet sans évoquer les bénéficiaires légaux de ces remboursements à travers les prestations de soins consommés par les assurés ou ayants droit qui peuvent être, les enfants handicapés, les ascendants sans couverture sociale, les descendants, le conjoint etc..

Depuis 1987, les tarifs de remboursement des actes médicaux et des prix de séjour en clinique privée n'ont pas été revalorisés, alors que les tarifs utilisés par les praticiens sont en moyenne multipliés par quatre. Cette situation permet de rétablir progressivement l'équilibre de la branche, mais engendre une réduction de l'accessibilité aux soins notamment pour les couches les plus défavorisées de la population, c'est pour cela la non revalorisation des tarifs de référence des caisses d'assurance sociale risque d'aggraver durablement l'état sanitaire des populations par dissuasion à se soigner à court terme, et apparition de pathologie plus lourde à moyen et à long terme.<sup>1</sup>

Selon OUFRIHA F.Z., les caisses des organismes de la sécurité sociale « CNAS, CASNOS » chargé de la protection sociale des catégories professionnelles non-salariées et salariés, la sécurité sociale est aujourd'hui quasi- généralisée du moins en ce qui concerne le risque maladie et plus précisément les remboursements des frais des soins.<sup>2</sup>

### Section 1 : Les différentes prestations

Les Assurances Sociales, ont pour objet de couvrir les frais médicaux et de compenser un revenu de remplacement au travailleur salarié contraint d'arrêter son travail pour cause de maladie ou d'accident autre qu'un accident du travail.

#### 1. Prise en charge des soins ou prestations en nature

Elle consiste en un remboursement des frais des soins de santé curatifs ou préventifs (prestations en nature). Les prestations en nature concernent les actes médicaux, chirurgicaux, d'imagerie médicale d'analyses biologiques, les produits pharmaceutiques, l'hospitalisation, les soins et prothèses dentaires, l'appareillage, l'optique médicale, le planning familial,

---

<sup>1</sup>DJAMEL A., « Revue algérienne au travail », L'institut National Du Travail ; in revue algérienne du Travail 1ers trimestre 2002, page 29.

<sup>2</sup>OUFRIHA F.Z., « Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie », in revue CREAD n°22, 2ème trimestre 1990, pages 21-59.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

la rééducation et la réadaptation professionnelle, les cures thermales ou spécialisées, le transport sanitaire et le déplacement du malade.

Le remboursement s'effectue au taux minimum de 80% des tarifs fixés par voie réglementaire et sans limitation de durée, sauf pour les cures thermales qui sont limitées à 21 jours, ce taux est porté à 100%, notamment en cas de maladie de longue durée ou chronique énuméré au décret de loi 10, 83-11 du 02-07-83 et décret 84 /27 du 11-02-84<sup>3</sup>, pour des actes importants ou en raison de la situation sociale de l'assuré, le malade a le libre choix du médecin, certaines prestations sont soumises à l'accord préalable de la caisse.

Les caisses s'efforcent de faire éviter à l'assuré l'avance des frais grâce au développement du système du tiers payant (conventions avec des pharmaciens, médecins, cliniques privées, centre d'hémodialyse, entreprise de transport sanitaire, établissement de cures thermales etc...). Les soins dispensés par les structures sanitaires publiques sont gratuits, ils sont financés par l'Etat et un forfait annuel que verse la sécurité sociale appelé « forfait hôpitaux ».

Concernant ce dernier point une réforme fut engagée, il s'agit de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé pour la prise en charge des assurés sociaux.<sup>4</sup>

**Tableau N°02 : Les statistiques du 20/09/2017 des assuré au sein de la CASNOS**

Désignation	Potentiel	Affiliés	actifs	Cotisants
Les Statistiques du 20/09/2017	160.000	147.323	102.371	59.094

La source : le service de la direction du recouvrement de l'agence « CASNOS » Tizi-Ouzou.

### 2. Les prestations en espèces

Elles sont exclusives à la CNAS et sont accordées essentiellement aux travailleurs salariés. L'assuré perçoit une indemnité journalière pour toute la durée d'arrêt de travail prescrit pour raison de santé.

L'indemnité journalière est égale à :

- 50% du salaire soumis à cotisation net pendant les 15 premiers jours d'arrêt de travail ;

<sup>3</sup> Décret 84 /27 du 11-02-84, fixant les modalités d'application du titre II de la loi 10 n°, 83-11 du 02-07-83 relative aux assurances sociales.

<sup>4</sup> « Manuel Des Prestations », Caisses Nationale Des Assurances Sociale Des Non-salariés, JUIN 1998.

## **Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale**

---

- 100% à compter du 16ème jour ou à compter du 1er jour en cas d'hospitalisation ou de maladie de longue durée.

Le salaire de référence ne peut être inférieur au montant du SNMG. Le service des prestations en espèces est assuré pour une durée maximum de :

- 3 ans en cas de maladie de longue durée ;
- 300 jours pour 2 années consécutives pour toute autre affection.

Les droits en assurance maladie sont subordonnés à l'accomplissement d'une période de travail. L'assuré doit, en outre fournir les pièces et justifications médicales, administratives et d'Etat civil requises.

Ces mesures, conditions et formalités sont exigées en matière d'assurance maternité, invalidité et décès. D'un autre côté, un droit au recours contre les décisions administratives et médicales des caisses est ouvert à l'assuré. Le principe de recours est consacré pour toutes les branches<sup>5</sup>.

### **3. Les prestations familiales**

Elle n'existe pas à la CASNOS, ces prestations sont financées sur le budget de l'Etat. Les bénéficiaires sont les travailleurs salariés. Le maintien du droit aux allocations familiales est prévu en faveur des anciens travailleurs salariés titulaires d'avantages de sécurité sociale (les retraités ...). En matière de prestations familiales, il est prévu :

L'allocation familiale servie au titre de chaque enfant, à compter du 1er enfant jusqu'à l'âge de 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.

Le montant de l'allocation familiale varie selon deux critères : Les ressources de l'allocataire et le rang de l'enfant dans la fratrie soit : 600 DA par mois et par enfant, si le salaire ou le revenu de l'allocataire est inférieur ou égale à 15 000 dinars par mois et jusqu'au 5<sup>ème</sup> enfant ; 300 DA par mois et par enfant, si le salaire est supérieur à 15 000 DA ainsi que pour les enfants au-delà du 5<sup>ème</sup> rang.<sup>6</sup>

### **4. Les remboursements pris en charge par les deux caisses « CNAS, CASNOS »**

Ces remboursements se font selon des taux et des tarifs fixés par la réglementation, toutefois ils couvrent les différents risques auxquels les assurés sont exposés.

---

<sup>5</sup> « Etendu de la sécurité des non-salariés », Caisse National De Sécurité Social Des Non-salariés, Manuel destiné à la Direction des Prestations, février 1998.

<sup>6</sup> DJAMEL A., « Revue algérienne au travail », L'institut National Du Travail ; in revue algérienne du Travail 1ers trimestre 2002, page 30.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

### 4.1. L'assurance maladie

Elle garantit les risques liés à tous les états pathologiques ou traumatiques nécessitant des soins, pour cela elle permet aux assurés salariés et /ou non salariés de faire face aux dépenses de soins exigés par leurs états de santé ainsi que pour leurs ayants-droit.

Toutefois ses dépenses de soins sont remboursées par des taux fixés par la réglementation en vigueur qui sont de (80 % et 100 %).<sup>7</sup>

#### • **Au taux de 80%**

Ce taux s'applique aux tarifs fixé par voie réglementaire. Cette dernière est actuellement représentée par notamment l'arrêté interministériel du 04 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux, et l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 portant fixation forfaitaire du prix de séjour d'hospitalisation, des prestations d'hôtellerie et de restauration dans des cliniques privées et du tarif remboursable par la sécurité sociale .Le même pourcentage (80%) s'applique aux cures thermales et spécialisées ainsi qu'aux produits pharmaceutiques.

#### • **Au taux de 100%.**Ce taux s'applique dans des conditions bien définies :

Lorsque les frais engagés par l'assuré ou ses ayants droits de tout acte ou série d'actes affectés à la nomenclature des actes professionnels d'un coefficient égale ou supérieur à K.50.

Lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint de l'une des affections suivantes : la tuberculose sous toutes ses formes, les psychonévroses graves, les maladies cancéreuses, les hémopathies, la sarcoïdose, l'hypertension artérielle maligne ; ensuite, les maladies cardiaques et vasculaires comme angine de poitrine, infarctus du myocarde, pontage aorto-coronarien, maladies athéromateuses évoluées, artérite des membres inférieurs, accident vasculaire cérébrale, méningé ou cérébro-méningé, trouble du rythme avec stimulateur .

Enfin les maladies neurologiques et les maladies musculaires ou neuromusculaires suivantes : sclérose en plaques, syndromes extra-pyran, paraplégies, hémiparaplégies, épilepsies du lobe temporal, myocloniques progressives et post-traumatiques, polynévrites, amyotrophies spirales progressives, myopathies, myasthénie. Elles sont dotées de code

---

<sup>7</sup> - Article 59 de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales ; article 04 du décret N°84 -27 du 11-02-1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

permettant de préserver le secret professionnel, en effet les personnes extérieures au service du contrôle médical ne sont pas tenues de connaître la maladie de l'assuré (le code C17 pour le diabète, C3 pour le cancer).

### 4.1.1 Elargissement du système du tiers payant

Les assurés peuvent dans le cadre de certaines expériences pilotes bénéficier du système du tiers payant, c'est-à-dire ne pas avoir à faire l'avance des frais lorsqu'il adresse au praticien et personnel paramédicaux, aux établissements de soins et aux officines pharmaceutiques privées ou publiques. Dans tout les cas, il doit y avoir au préalable signature de conventions entre Les caisses des organismes de la sécurité sociale « CNAS, CASNOS » et les médecins, les cliniques, les pharmaciens...etc., c'est donc ces caisses conventionnées qui règlent les honoraires au lieu de l'assuré bénéficiant du système du tiers payant.

#### ▪ Pour la prise en charge en matière d'Hémodialyse et de Cardio Vasculaire

Durant ces dernières années la CASNOS a signé plusieurs conventions avec des cliniques privées pour la prise en charge de ses assurés sociaux ainsi que leurs ayants droit qui présentent une insuffisance rénale, en leur assurant le traitement d'hémodialyse ainsi que le traitement de l'anémie lors des séances d'hémodialyse à raison de trois séances par semaine.

Au niveau de la CASNOS de Tizi-Ouzouon compte 63 personnes ,en effet durant les (6) six dernières années le système du tiers payant s'est amélioré par la signature d'un nombre important de conventions avec les pharmacies du secteur privé, les cliniques, les transports sanitaires , les associations chargées des écoles de réadaptation scolaire etc.

#### ▪ Conventionnement avec les Officines Pharmaceutiques Privées

Après les malades chroniques et les retraités dont le montant de leur pension ne dépasse pas le minimum garanti, tous les assurés sociaux ainsi que leurs ayants droit non atteints de maladies chroniques peuvent bénéficier du système de conventionnement avec les pharmacies privées avec la carte CHIFA.

En plus de la carte CHIFA, ce système fonctionne avec des attestations provisoires délivrées aux malades chroniques et aux retraités cités plus haut dont les cartes CHIFA sont en cours de traitement.<sup>8</sup>

Comme type de carte CHIFA nous pouvons citer carte familiale (cette carte comporte l'assuré et ses ayants droit qui ne sont pas atteints de maladie chronique) ; la carte

---

<sup>8</sup> Directeur des Prestations de la sécurité sociale des non-salariés,« Organisation Administrative et Couverture Sociale », Novembre 1997.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

individuelle (cette carte est délivrée à chaque bénéficiaire malade chronique et au bénéficiaire n'ayant aucun ayant droit) ; attestation provisoire (cette attestation est délivrée uniquement aux personnes malades chroniques dont les cartes CHIFA sont en cours de traitement. Ainsi qu'au retraité dont le montant de la pension ne dépasse pas le montant minimum "SNMG") bénéficiaires d'hémodialyse durant l'année 2017.<sup>9</sup>

Elle a aussi signé des conventions avec d'autres cliniques dans le cadre de la prise en charge du séjour et le traitement des assurés sociaux et leurs ayants droit porteurs de pathologies cardiaques et /ou vasculaires (ainsi que les chirurgies effectuées dans ce cadre).

**Tableau N°03 : Situation de la carte chifa au 30 /juin /2017 (Agence de TIZI-OUZOU)**

### Prestations :

Agence de wilaya	Antenne	G.de proximité	Demandes de cartes	Cartes produites			Instances
TIZI OUZOU	TIZI OUZOU	ABI YOUCEF	63723	MALADIES CHRONIQUES	SNMG	80%	AU NIVEAU LOCAL
		L N I		9265	4039	25449	3937
		OUACIF					
		AZEFFOUN					
		TIGZIRT					
		AZAZGA					
		BOGHNI					
		TIZI OUZOU					

Source : budget 2018 de l'agence de TIZI OUZOU (direction des prestations).

- **Conventionnement avec les transports sanitaires**

Ce conventionnement a pour but la prise en charge des frais de transport sanitaire des assurés sociaux et leurs ayants droit et dans le cas échéant les accompagnateurs qui effectuent des séances d'hémodialyse et de rééducations.

Ce transport assure aux malades le trajet du domicile à la clinique et de la clinique au domicile à la fin de la séance.

<sup>9</sup> Le service des prestations « CASNOS », document sans titre.

## **Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale**

---

### **• Conventonnement avec l'ONAAPH et l'ANATPH**

Un nouvel avenant pour la prise en charge d'appareillages et accessoires pour les personnes aux besoins spécifiques a été signé en mois de novembre 2014 au siège du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité sociale, entre la Caisse Nationale des non-salariés CASNOS et l'Office National d'Appareillages et d'Accessoires pour Personnes Handicapées (ONAAPH).

Cet avenant avait pour objet de fixer la nouvelle tarification des produits d'appareillages orthopédiques, des Aides Techniques à la Marche, des Aides Auditives et des moyens d'Aides Techniques Sanitaires, figurant à la nomenclature générale de l'appareillage.

Bénéficient des produits fournis, les assurés sociaux et leurs ayants droit, nécessitant un appareillage et remplissant les conditions d'ouverture des droits prévus par la réglementation en vigueur ; 282 personnes au 17 septembre 2017 ont bénéficiés des appareillages.<sup>10</sup>

### **• Conventonnement avec les stations thermales (hammam) et centre de thalassothérapie et rééducation fonctionnelle de sidi Fredj**

La CASNOS et les entreprises de gestion touristique (E.G.T) ont passé des conventions couvrant plusieurs stations thermales à savoir : hammam Righa, hammam chellala, hammam guergour, hammam salihines, hammam bouhrara, hammam bouhdjar, hammam bouhanifia, hammam Righa ainsi que le centre de thalassothérapie et rééducation fonctionnelle de sidi Fredj. Les frais de séjour et des soins applicables sont fixés forfaitairement par station.

### **• Soins externes**

Les remboursements des frais relatifs aux soins externes sont effectués sur la base des tarifs des actes professionnels et compte tenu du nombre des séances prescrites par le médecin traitant et justifiées par le contrôle médical.

Les Taux des tarifs de prise en charge sont fixés à 80% des tarifs conventionnés en ce qui concerne les cures thermales et spécialisées et a 100% des tarifs conventionnés en ce qui concerne la rééducation fonctionnelle. Lorsque le curiste nécessite un accompagnateur, le tarif est majoré de 40%.

---

<sup>10</sup>-Idem, P 37.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

**Nb** : Le tarif et La TVA sont à la charge exclusive du bénéficiaire de la cure.

Les frais engagés pour des soins d'urgence reçus à l'occasion d'un séjour temporaire à l'étranger ainsi que les médicaments prescrits en Algérie et achetés à l'étranger pour la non disponibilité sur le marché intérieur, sont remboursés en Algérie aux conditions et taux (taux de remboursement et taux de change) prévus par la réglementation en vigueur. Pour ce qui est de la procédure des transferts pour soins à l'étranger l'assuré ainsi que les membres de sa famille ouvrent droit au dépôt de leur dossier médical et administratif ainsi que leur demande au niveau de la CNAS (bureau du secrétariat de la commission médicale Régional - TSE) pour étude et décision médicale avant tout transfert pour soins.<sup>11</sup>

### 4.1.2 Ticket modérateur

On parle du ticket modérateur lorsque les remboursements ne sont pas pris en charge à 100%, le ticket modérateur peut être défini comme étant : « le différentiel entre le montant des soins et celui des remboursements »<sup>12</sup>.

**Exemple** : quelqu'un qui achète au prix de 2000 da, le taux de remboursement de ce derniers est de 80% cette personne aura a assumé un ticket modérateur de :  $(2000 - (2000 \times 80\%)) = 400DA$ .\*

### 4.2 L'assurance maternité

Elle permet aux femmes enceintes de se faire rembourser les frais liés à leur grossesse et leur accouchement et les suites, particulièrement les frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant.

Le taux de la prise en charge des prestations en nature en matière d'assurance maternité est fixé par les dispositions de l'article 26 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 à 100% à savoir les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés sur la base de 100% des tarifs

---

<sup>11</sup> Articles 8 et 9 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiés et complétés respectivement par les articles 4 et 5 de l'ordonnance 96/17 du 06/07/1996.

<sup>12</sup> Manuel des prestations, document sans titre, CNAS ; 1999.

\* Le ticket modérateur : est le nom donné à la partie du coût des frais d'hospitalisation ou de maladie qui dans les rapports entre le malade et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie reste à la charge de l'assuré. La participation de ce dernier peut être couverte par la souscription volontaire d'une assurance complémentaire auprès d'un organisme privé, mutualiste ou non, pratiquant ce genre d'opération. Les organismes de la Sécurité Sociale procèdent à des calculs basés sur le « Tarif de Convention ». Par ailleurs, ce dernier possède un taux différent selon la nature de la prestation du soin dont on a bénéficié. Le « ticket modérateur » constitue la somme qui demeure à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance santé, et représente ainsi la différence entre la totalité de la somme déboursée pour le soin en question et le Tarif de Convention.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

fixés par voie réglementaire ;les frais d'accouchement et d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sont remboursés sur la même base pendant une durée maximale de huit (8) jours.<sup>14</sup>

### 4.3 L'assurance invalidité

Les travailleurs non salariés se trouvant atteint d'une invalidité totale et définitive reconnue médicalement et le mettant dans l'impossibilité absolue d'exercer une profession quelconque, a le droit de bénéficier d'une pension d'invalidité. Les conditions d'ouverture de droit à l'assurance invalidité diffèrent selon le cas de droit direct (pension d'invalidité directe) ou du droit de réversion (pension d'invalidité de réversion).

#### 4.3.1 Pension d'invalidité directe

Les conditions d'ouverture de droit à l'assurance invalidité sont d'ordre médical et administratif.

- **Condition médicale**

Pour ouvrir droit à une pension d'invalidité sur le plan médicale le travailleur non-salarié doit se trouver atteint d'une invalidité totale et définitive le mettant dans l'impossibilité absolue de continuer à exercer sa profession,<sup>15</sup>

- **Condition administrative**

Être à jour de ses cotisations y compris les pénalités et majoration de retard, avoir été immatriculé depuis au moins 1 ans à la date de la première constatation de la maladie, de l'accident ou de l'affection ayant provoqué l'état d'invalidité, ne pas avoir atteint l'âge ouvrant droit à une pension de retraite,<sup>16</sup>

#### 4.3.2 Modalité de prise en charge des dossiers de demande de pension d'invalidité

L'organisation de sécurité sociale compétente apprécie le droit aux prestations de l'assurance d'invalidité après décision du contrôle médical qui se prononce sur l'état d'invalidité de l'assuré social dans un délai de quarante-cinq (45) jours, à compter de la date de dépôt de la demande de la pension.

La date d'entrée en jouissance de la pension d'invalidité est fixée au premier jour du mois qui suit la date de reconnaissance de cette invalidité par l'organisme de sécurité sociale compétent.

---

<sup>14</sup>Articles 23 (chapitre 1) ,24 ,26 et 27 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

<sup>15</sup>Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 03 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité alinéa 1<sup>er</sup> du décret n°15-289.

<sup>16</sup>Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 22 du décret n°15-289 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

- Le premier document qui doit être exigé de l'assuré non-salarié pour sa demande de pension d'invalidité est le certificat médical constatant son invalidité.
- Dès réception de ce document les services des prestations doivent s'assurer que les conditions administratives citées sont remplies et doivent particulièrement vérifier si la condition d'immatriculation depuis au moins 1 ans est remplie à la date figurant sur le certificat médical. Pour les cas de régularisation, il y a lieu de se référer à la date du dépôt du dossier pour l'immatriculation.

Si cette ou ces dernières ne sont pas remplies une notification de rejet d'ordre administratif est immédiatement établie et remise sur place contre accusé de réception ou notifiée à l'assuré par voie recommandée avec accusé de réception.

En cas d'accord médical :

- Notifier la décision relative à la reconnaissance de l'état d'invalidité (AS/13) le jour même ou au maximum dans les deux jours qui suivent l'accord médical ;
- Si l'assuré n'a pas contesté cette décision, il y a lieu de procéder à la liquidation de la pension, et à la notification de la décision d'attribution de la pension d'invalidité (imprimé AS/14) avec date d'effet à compter du premier jour du mois qui suit la date de reconnaissance de l'Etat d'invalidité ;
- Une fois la décision d'attribution de la pension d'invalidité notifiée, la préparation du premier paiement doit être envisagé ;
- Dans le cas de l'état d'invalidité est reconnu sur le plan médicale et les autres conditions ne sont pas remplis (exemple : défaut de la radiation d'activité) la décision d'attribution de la pension d'invalidité ne doit pas être notifiée et l'assuré doit être mis en demeure pour présenter les documents manquants dans un délai n'excédant pas 03 mois.

Dans l'éventualité d'un rejet d'ordre médical, il y a lieu de notifier à l'intéressé (e) immédiatement (au plus tard) dans les 02 jours qui suivent la décision du médecin conseil, la décision de rejet d'ordre médical ( AS/15), et veiller à la stricte application de la réglementation en matière de contentieux relatif à la commission d'invalidité notamment les dispositions des articles 30 à 37 de la notification doit comporter obligatoirement les délais et voie de recours sous peine de nullité.

L'assuré doit être obligatoirement informé que son recours est adressé à la commission d'invalidité de Wilaya qualifiée territorialement compétente dans un délai ne dépassant pas un mois à compter de la date de notification du rejet.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

La pension d'invalidité est transformée, à l'âge ouvrant droit à une pension de retraite, en une pension de retraite directe d'un montant au moins égal à celui de la pension d'invalidité<sup>10</sup>. La pension d'invalidité servie à une femme est transformée en pension de retraite de réversion à l'âge de 60. En l'absence de dispositions explicites en matière de transformation de pension de réversion des enfants et des ascendants, l'âge de transformation de leurs pensions d'invalidité de réversion en pension de retraite de réversion est celui qu'aurait le de cujus s'il était vivant.

### 4.3.3 Modalité de calcul de pension d'invalidité

Les éléments servant de base au calcul de la pension d'invalidité directe sont les suivants : l'assiette et le taux, l'assiette servant de base au calcul du montant de la pension d'invalidité est la dernière assiette annuelle soumise à cotisation précédant la date du premier dépôt de la demande d'invalidité. Le taux tel que défini par la législation des non-salariés est un pourcentage qui permet de calculer le montant de la pension sur la base de l'assiette de cotisation, il est de 80% de l'assiette annuelle soumise à cotisation.

**Exemple :** calcul de pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie

Assiette de calcul (le revenu annuel soumis à cotisation) \*80% = montant annuel brut.

Montant annuel brut /12 = montant mensuel brut.

- Si le montant mensuel brut est supérieur au montant mensuel du SNMG. On déduit la cotisation de sécurité sociale qui est égale à 2%<sup>17</sup>, fixant les cotisations de sécurité sociale pour les catégories particulières d'assurance sociaux (modifiée et complété).
- Si le montant mensuel brut est égal ou inférieur au montant mensuel du S.N.M.G. la cotisation de sécurité sociale n'est pas retenue.
- Si le montant mensuel brut, duquel on a déduit ou non la cotisation de sécurité sociale, est supérieur au montant du S.N.M.G. mensuel, il est soumis à la retenue I.R.G. (selon le barème en vigueur). Le montant ainsi obtenu correspond au montant net de la pension d'invalidité.

**Important :** Le montant de la pension d'invalidité ne peut en aucun cas être inférieur à 75% du S.N.M.G. (exemple annexe 01).

### 4.4 Les accidents de travail et maladies professionnelles

L'accident de travail proprement dit survenu au travail ou au cours d'une mission professionnelle ; L'accident de trajet tel que défini par la loi. La maladie professionnelle liée

---

<sup>17</sup>Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 11 du décret n°85-34 du 9/02/1985, relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

aux activités exercées pendant une durée déterminée et figurant dans une liste fixée par voie réglementaire. Il existe 85 tableaux de maladies professionnelles qui sont classés en trois groupes selon le type de risque professionnel :

- Groupe 1 : Intoxication ;
- Groupe 2 : Agents microbiens ;
- Groupe 3 : Ambiance ou attitudes particulières.

Les prestations accordées dans ce cadre sont les suivantes : Remboursement des soins et octroi d'une indemnité journalière durant la période d'incapacité temporaire .Les prestations sont accordées au taux de 100% ; Octroi d'une rente si après consolidation de la lésion, l'accident, (ou la maladie) laisse des séquelles « trace ». Toutefois si le taux de l'incapacité permanente est inférieur à 10%, il est attribué un capital unique, en cas de faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur ou d'un tiers, la victime peut obtenir des réparations complémentaires par voie de justice.

Les prestations en espèces sont calculées sur la base du salaire soumis à cotisation sans qu'il soit inférieur au SNMG en ce qui concerne l'indemnité journalière du salaire soumis à cotisation au cours des douze derniers mois pour ce qui est de la rente.

Par ailleurs, la caisse de sécurité sociale en charge de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles mène des actions en matière de prévention des risques professionnels.

Notons que la CNAS et la CASNOS, prennent en charge le remboursement de tous les risques sociaux, la CNAS couvre en plus les accidents de travail, les arrêts de travail, les congés de maternité, sans compter la différence claire et nette dans la prise en charge de l'invalidité.<sup>19</sup>

On ne peut pas parler de prestation sans parler du contrôle médical « médecin conseil » car c'est lui qui valide le droit aux prestations demandées.

### 4.5 L'assurance vieillesse (retraite)

Le montant de la pension de retraite est fonction de trois (03) paramètres qui sont : le montant d'années de cotisation ; le pourcentage par année liquidable ; l'assiette devant servir de base au calcul de la pension. Au 30/09/2017 La pension directe de retraite a atteint 6071, et la pension de réversion est de 5039.

---

<sup>19</sup>Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ; Manuel sur la « présentation du système de sécurité sociale en Algérie », 2010.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

### ▪ Pensions de réversion

La date d'entrée en jouissance des pensions d'ayants droit est fixée au lendemain du décès du de cujus (défunt). Les arrérages de la pension due à la date du décès sont servis aux ayants droits. A défaut d'ayant droit, ces arrérages sont versés aux héritiers du de cujus.

Dans le cas où l'invalidé décédé n'avait pas perçu de son vivant les échéances qui lui sont dues, et n'a pas d'ayants droit au sens de la réglementation de la sécurité sociale, ces arrérages sont servis aux héritiers légaux sur présentation de la Frédha.

Pour bénéficier d'une pension de réversion lorsque l'ayant droit est le conjoint il lui faut un acte de décès du défunt. (À récupérer du fichier national d'état civil) ; un acte de mariage, (à récupérer du fichier national d'état civil) ; et une fiche familiale (celle-ci est exigée dans le cas où le conjoint à sa charge des enfants mineurs de moins de 18ans).

Le calcul de la pension de réversion à servir est assis sur le dernier avantage principal brut y compris les différentes revalorisations opérées et soumis aux retenues de sécurité sociale et d'IRG dans les mêmes formes et conditions que la pension directe.

Le montant de chaque pension d'ayant-droit est comme suit :

- Lorsqu'il n'existe ni enfant ni ascendant, le montant de la pension de réversion du conjoint est fixé à 75% du montant de la pension du défunt.
- Lorsqu'en plus du conjoint, il existe un autre ayant-droit (enfant ou ascendant), le montant de la pension du conjoint est fixé à 50% du montant de la pension directe, celui de la pension de l'autre ayant-droit à 30%.
- Lorsqu'en plus du conjoint, il existe deux ou plusieurs ayants-droit (enfant ou ascendants ou les deux à la fois). le montant de la pension du conjoint est fixé à part égale, 40% du montant de cette pension directe ;
- lorsqu'il n'existe pas de conjoint, les autres ayants-droit se partagent une pension égale à 90% du montant de la pension du défunt et ce dans la limite d'un maximum fixé, pour chaque ayant droit.

34% de la pension quand l'ayant –droit est un enfant, et 30% de la pension quand l'ayant droit est un ascendant.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

Le montant total des pensions de l'ayant droit ne peut être supérieur à 90% du montant de la pension du défunt. Lorsque le total des pensions dépasse ce pourcentage, il est procédé à une réduction proportionnelle de chacune des pensions.<sup>18</sup>(L'exemple dans l'annexe 02).

### 5. L'assurance décès

Le décès de l'assuré social prive les personnes qui étaient à sa charge de leurs moyens habituels d'existence, c'est pourquoi la législation a prévu le versement d'un capital décès aux ayants droit de l'assuré décédé pour leur permettre de faire face à la situation à laquelle ils sont confrontés .

Les bénéficiaires du capital décès sont les ayants droit de l'assuré décédé. (Voir art 67 de la loi 83/11 du 02 /07/1983 modifié) .Le montant minimum et le montant maximum du capital décès sont concernés, il est à noter qu'ils sont applicables à l'ayant droit de de cujus dont la date de décès est intervenu à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

#### ▪ Capital décès au minimum

- **Personne inactive :** Le montant minimum est égale à  $(SNMG*75\%)*12= (15000*75\%)*12=135000DA$ .
- **Personne en activité :** Le montant minimum est égal à  $(SNMG*12)=15000*12=180000DA$ .

#### ▪ Capital décès au maximum

Le montant maximum est égal à :  $(SNMG*12)*8= (15000*12)*8=1440000$ .

#### ▪ Pension « droit commun »

Le nouveau montant minimum de la pension est égale à :

$(SNMG*75\%)=15000*75\%=11250DA/mois$ . (Exemple dans l'annexe n°3).

- **Adhérent actif :** 12 douze fois le salaire national minimum garanti. Ce minimum est fixé comme suit :

Minimum=  $(SNMG*12)= (4800*12)=57600DA$ .

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998=minimum=  $(SNMG*12)= (5400*12)=64800DA$ .

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1998=minimum=  $(SNMG*12)= (6000*12)=72000DA$ .

- **Adhérent inactif :** soixante-quinze pour cent (75%) du montant annuel du salaire national minimum garanti. Ce minimum est arrêté comme suit :

À compter du 1<sup>er</sup> mai 1997=minimum  $(SNMG*12)*75\%=(4800*12)*75\%=43200DA$

---

<sup>18</sup> -Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 34 de la loi n°83-12 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 = minimum  $(SNMG * 12) * 75\%$   $(5400 * 12) * 75\% = 48600$  DA.

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 1998 = minimum =  $(SNMG * 12) * 75\%$  =  $(6000 * 12) * 75\%$  = 54000 DA.

### Section 2 : Le contrôle médical

L'objectif du contrôle médical peut se résumer en deux points essentiels qui sont d'offrir des soins au meilleur coût (bonne prise en charge du patient), l'examen du patient (assuré social et ayants droit) par le médecin conseil et la prise de décision conjointement avec le médecin traitant et le médecin du travail (pour les travailleurs salariés) devra tendre à la bonne prise en charge de celui-ci dans le cadre d'un bon rapport qualité de soins/coût. Aussi le médecin conseil veille à la maîtrise des dépenses de santé, en vérifiant l'utilité des prescriptions et en appliquant des dispositions réglementaires en vigueur lors de l'examen du patient.

#### 1. Mission du contrôle médical

Ces missions sont : l'analyse des causes d'augmentation des dépenses de santé et la mise en place des mécanismes de régulation des dépenses de santé en vue de les contenir.

L'analyse des causes d'augmentation des dépenses de santé permet de réaliser un contrat résultant des pratiques médicales consacrées par le code de déontologie (liberté d'installation, liberté de prescription, liberté de choix du praticien traitant) associées à l'augmentation des moyens diagnostiques et thérapeutiques, il permettra aussi l'identification des causes d'augmentation des dépenses de santé et la recherche des moyens de les contenir en vérifiant l'utilité des prescriptions médicales et leur réalisation dans le cadre d'un bon rapport qualité/coût.

L'analyse de la production des soins par les services du contrôle médical devra permettre de dessiner une carte épidémiologique des bénéficiaires de la sécurité sociale (recherche de l'information médicalisée). L'analyse des dossiers médico-administratifs en collaboration avec les services des prestations vise à arrêter un plan d'action concerté qui déterminera les actions que devront mener les différents intervenants au niveau de chaque wilaya.

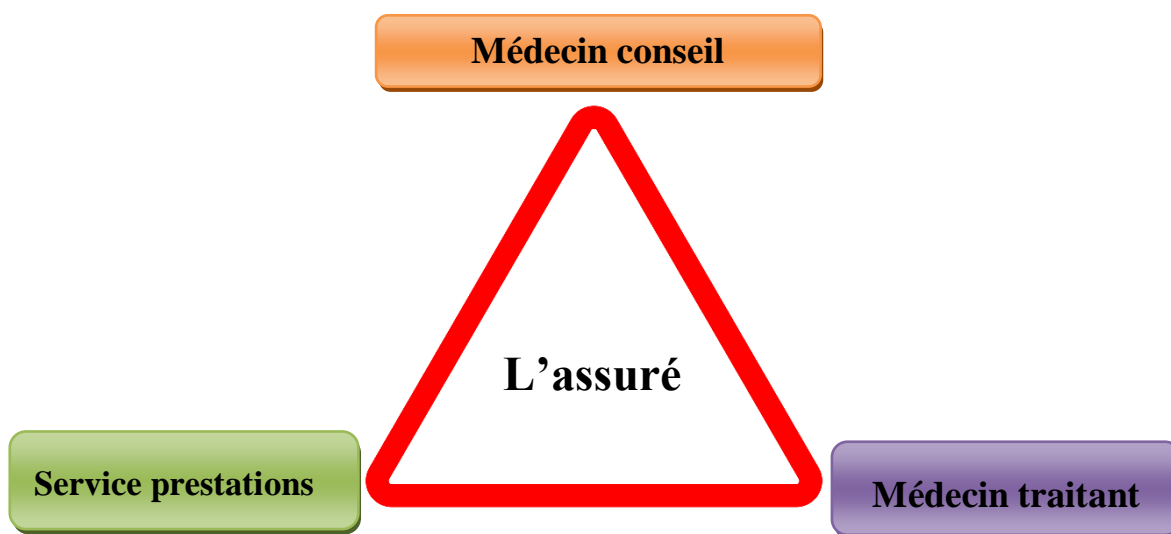
## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

Ces différentes actions mises en place dans le but de maîtriser les facteurs d'augmentation des coûts de santé, seront axées sur le contrôle et la prévention des prestations longues et/ou coûteuses.

Le lien existant entre le service des prestations et le contrôle médical se passe dans un système triangulaire avec l'assuré, qui se présente comme suit :

**Figure N° 02 : Système triangulaire avec l'assuré.**



Source : Conception personnelle.

### Explication

- Le médecin conseil est tenu par le droit de réserve, le code de déontologie médical, les questions d'éthique médicale.
- La communication entre le médecin traitant et le médecin conseil se fait par le biais du téléphone ou d'une fiche de renseignement (Annexe)
- L'assuré dépose sa demande auprès du service des prestations qui fera suivre la demande au médecin conseil, après analyse de la demande sur la base de la nomenclature des actes médicaux, des textes législatifs, des circulaires ministérielles...Le médecin conseil renvoie sa réponse au niveau du service de prestation :
  - **Si accord du médecin conseil :** l'assuré ouvre droit à la prestation
  - **Si rejet du médecin conseil :** l'assuré n'ouvre pas droit à la prestation, soit pour raison médicale (l'assuré est envoyé au près d'un spécialiste aux frais du médecin conseil qui se fiera au verdict final du spécialiste), ou administrative (l'assuré peut saisir la commission de recours préalable qualifié, si rejet de leur part l'assuré peut

## **Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale**

---

saisir la commission nationale des recours en premiers lieu, puis la cours de justice en second lieu afin de trancher l'affaire). Soulignant que l'assuré se trouve au centre de ce système triangulaire.

### **2. Nécessité du contrôle médical**

Le droit à la santé est reconnu par la constitution, aussi le Système National de Santé et la Sécurité Sociale ont mis en place à travers les missions prévues par la loi 85-05 modifiée et complété et les lois de sécurité Sociale (Prise en charge des bénéficiaires).

Système de Sécurité Social et le Système National de santé présentent des similitudes essentiellement à travers le financement des dépenses de santé, compte tenu de l'évolution des dépenses, il y'a lieu de mettre en place des relations avec un triple objectif : accessibilité équitable aux soins, la maitrise médicalisée des dépenses de soins, le maintien des équilibres financiers des Organismes de la Sécurité Sociale. Les actions engagées dans ce cadre peuvent être énuméré comme suit :

- Procédure de mise en œuvre au sein de la CASNOS : livret du tiers payant, conventionnement des officines, contrôle à priori des ordonnances, contrôle à priori pour tous les risques ;
- Relations avec les tiers : contractualisation, politique du médicament, transfert pour soin à l'étranger, la liste des prescripteurs privé et/ou publics ;
- Actions en cours : carte à puce, désignation du médecin traitant, contrôle médical des structures hospitalières publiques prévu par l'article 04 du décret 04/101 du 01 avril 2004<sup>20</sup>, le contrôle des bénéficiaires est prévu par les lois de la Sécurité Sociale et les relations avec les prestataires de soins par l'article 13 du décret 05/171 du 07 mai 2005<sup>21</sup>.

Afin d'entamer le point suivant soulignant que c'est sur la base des tarifs de référence que sont calculés les taux de remboursements d'actes médicaux aussi ces taux permettent de minimiser les dépenses des caisses des organismes de la sécurité sociale.

### **Section 3 : Les tarifs de références**

La nomenclature des produits pharmaceutiques et leurs enregistrements se font selon la loi 85-05 du 16 février 1985 stipulant que les praticiens ne peuvent prescrire que les produits pharmaceutiques qui figurent sur la nomenclature nationale des médicaments. En

---

<sup>20</sup>Contrôle médical des structures hospitalières publiques - l'article 04 du décret 04/101 du 01 avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale.

<sup>21</sup>Les prestataires de soins, l'article 13 du décret 05/171 du 07 mai 2005 fixant les conditions de fonctionnement de contrôle médical.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

outre, la loi précitée précise qu'il ne peut être prescrit aux patients les médicaments à l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire autre que ceux inscrites à la nomenclature des produits pharmaceutique. L'inscription du produit pharmaceutique est établie sur avis de la commission nationale de nomenclature.<sup>22</sup>

Le décret 92/284 du 08 juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à définit la nomenclature nationale des médicaments à usage de la médecine humaine comme étant le recueil des produits enregistrés.<sup>23</sup>La procédure d'enregistrement compte 5 étapes : le contrôle préalable par le centre nationale de contrôle et de pharmacovigilance (CNCPV), L'expertise clinique, L'expertise analytique, L'étape économique, L'étape administrative. La décision d'enregistrement est délivrée pour cinq ans renouvelables par période quinquennale.

Elle peut être modifiée, suspendue ou retirée par le Ministre chargé de la Santé dans les conditions énoncées par le décret précité. La nomenclature est mise à jour régulièrement par : l'inscription des nouveau produits, le non renouvellement d'enregistrement, le retrait de produits jugés inefficaces ou nocifs.

Les structures de prix à la production et à l'importation des médicaments sont définies à la procédure fixée par arrêté du Ministre du commerce en application des dispositions du décret n°93/115 du 12 mai 1993.<sup>24</sup>

Un comité technique de remboursement (CTR) a été mis en place par l'arrêté interministériel n°9 du 04 février 1996 modifié et complété par l'arrêté ministériel n°55 du 16 aout 2003 qui institue le comité de remboursement des médicaments (CRM) en remplacement du CTR , ses attributions sont : de répertorier la liste des produits remboursables et leurs actualisations, de proposer le déremboursement des produits déjà inscrit sur la liste des produits remboursable après avis de comité d'experts , de proposer le tarif de référence devant servir de base au remboursement.<sup>25</sup>

Les produits remboursables figurant sur la liste des produits pharmaceutiques fixé par arrêté interministériel sont remboursable, cette liste a été fixé par : l'arrêté interministériel du 19 janvier 1998, l'arrêté interministériel n° 39 du 22 juillet 1999, l'arrêté interministériel du

---

<sup>22</sup>Loi 85-05 du 16 février 1 relative à la protection et à la promotion de la santé p.122.

<sup>23</sup>Le décret 92/284 du 08 juillet 1992 relative à l'enregistrement des produits pharmaceutiques.

<sup>24</sup>Ministre du commerce, décret n°93/115 du 12 mai 1993 relatif aux modalités de détermination des structures des prix.

<sup>25</sup> « Vignettage avec code barre sera lancé prochainement », disponible sur [http://www.cci-sahel.dz/reglementation/les%20liens/Sante/D\\_cret\\_ex\\_cutif\\_92-284.pdf](http://www.cci-sahel.dz/reglementation/les%20liens/Sante/D_cret_ex_cutif_92-284.pdf), (consulté le 16/09/2017,16h59).

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

n° 18 du 31 mai 2001, l'arrêté interministériel du 06 mai 2003. (Annexe 2 : liste des médicaments remboursables).

### 1. Le vignettage

Les conditions et modalités de présentation et d'apposition des vignettes sur les produits pharmaceutique ont été fixées par l'arrêté inter Ministériel du 04 février 1996, cet arrêté précise que la vignette doit mentionner : Le mot vignette, la dénomination commune international, la dénomination commune commerciale du produit, la forme et le dosage du produit, l'unité de conditionnement, le nom du fabricant pour la production nationale.

Aussi le nom du grossiste de l'importateur pour les produits pharmaceutique importés, le numéro de la décision d'enregistrement délivrée par le MSP, le numéro du code figurant sur la nomenclature nationale des médicaments, le supplément honoraire pharmaceutique (SHP) comme il est prévu, le prix de vente public, le tarif de référence pour les produits remboursables, le numéro de lot, les dates de fabrication et de péremption doivent figurer sur la partie non détachable de la vignette.

La vignette doit être gommée ou adhésive et pouvoir être prélever son rompre le scellement du produit, de couleur blanche et comporter des bandes colorées en liaison avec le remboursement des produits pharmaceutique.

Cette dernière doit comporter une bande de couleur verte pour les médicaments remboursables, une bande rouge pour les médicaments qui ne figurent pas sur la liste des produits remboursables.<sup>26</sup>En ce qui concerne la mise en conformité des vignettes, les importateurs, grossistes et fabricants nationaux disposent d'un délai de 03 mois pour mettre en conformité leurs vignettes. Ce délai court à partir du 15 janvier 2006 date de publication de l'arrêté du 29 décembre 2005.

### 2. Médicaments remboursables

L'article 59 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 dispose dans son alinéa 3 que « les produits pharmaceutiques remboursables ainsi que le taux de remboursement correspondant seront fixé par voie réglementaire ». Suivant cette disposition le CRM a fixé un tarif de référence correspondant aux produits génériques servant de base au remboursement.

L'arrêté interministériel du 21 juillet 2001 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. La première

---

<sup>26</sup> « L'arrêté inter Ministériel du 04 février 1996, relative aux modalités d'apposition de vignettes adhésives », disponible sur <https://fr.slideshare.net/moulai/arte-du-04-fevrier-1996-rapport-aux-modalits-dapposition-de-vignettes-adhsives> 20 févr. 2014, (consulté le16/09/2017 19h25).

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

procédure de fixation de ce tarif de référence à consisté à retenir le tarif du générique le moins chère disponible sur le marché national et ce pour tous les médicaments disposant d'un équivalent générique.

La liste a été publiée par arrêté interministériel du 21 juillet 2015 mais n'a pas pu être appliqué du fait que les travaux du CRM n'ont pas tenu compte de la responsabilité des génériques en quantité suffisante pouvant répondre à la demande de soins des citoyens.

L'arrêté ministériel du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base aux remboursements des médicaments et aux modalités de leur mise en œuvre. La mise en place des tarifs doit se faire de façon progressive. Les critères retenus pour la désignation d'un générique au tarif de référence sont : la disponibilité d'un générique correspondant au principe et commercialisé sous un ou plusieurs noms de vente, ce générique couvre au minimum la demande à hauteur de 50 %, le prix de vente moyen (et non le moins cher).

Lors de ses travaux, tenant compte des critères sus cités, le CRM a retenu 115 DCI dont 21 correspondant au traitement des affections chroniques.<sup>27</sup>

Les tarifs de référence sont exprimés en valeur unitaire correspondant selon le médicament concerné ,à celle du comprimé ,du comprimé pelliculé ,du comprimé effervescent ,du comprimé à libération prolongée ,du comprimé dispensable ,de la gélule à micro –granulés gastro-résistants ,du sachet en poudre orale ,du sachet de granulés pour solution buvable ,du millilitre de sirop ,du millilitre de solution buvable ,du millilitre de solution en goutte ,du millilitre de solution de suspension buvable ,du suppositoire ,de l'ampoule injectable ,du gramme de pommade dermique ,du millilitre de collyre ,et de la bouffée ou dose de solution d'aérosol <sup>28</sup>.

Le tarif de référence apposé sur la vignette est obtenu en multipliant le tarif de référence de l'unité par le nombre d'unité contenu dans le conditionnement du produit.

### 3. La mise en œuvre des tarifs de référence par les organismes de la sécurité sociale

Une circulaire d'application élaborée par la Direction Générale de la CNAS le 22 mars 2006 a été diffusée à l'ensemble des agences de Wilaya. Cette circulaire dont l'objet est de

---

<sup>27</sup> Caisse Nationale des assurances des non-salariés, manuel sur « le Contrôle Médical ».

<sup>28</sup>JORA, arrêté ministériel du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de références servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre, disponible sur <http://www.joradp.dz/jo2000/2006/002/FP20.pdf>, (consulté le 16/092017, 20h17).

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

définir les modalités de mise en œuvre des dispositions de l'arrêté du 29 décembre 2005 précise en ce qui concerne la liste des produits au tarif de référence, ne peuvent donner lieu à remboursement sur la base de celui-ci des médicaments dans la DCI, la forme et le dosage figurent sur la liste des tarifs de références annexées à l'arrêté précité.

Les autres produits pharmaceutique remboursable échappent au champ d'application de ce texte et seront remboursés sur la base du prix de vente public (PPA), il y'a lieu de préciser que sur 1027 DCI remboursable, seules 115 DCI sont concernées pour le moment par le tarif de référence.

En effet, le tarif de référence consulte le tarif de responsabilité de la caisse et sert de base de remboursement des médicaments. Dans la pratique trois situations peuvent se présenter :

- **Médicaments dont le tarif de référence figure sur la vignette :**
  - Le remboursement se fait sur le tarif de référence lorsque le PPA est supérieur ou égal au tarif de référence correspondant au conditionnement
  - Il se fait sur le prix de vente public lorsque celui-ci est inférieur au tarif de référence correspondant au conditionnement,
- **Médicament dont le tarif de référence est prévu par l'arrêté mais ne figure pas sur la vignette :**
  - Dans la mesure où ces produits font parties de stocks antérieurs au niveau des officines, il est appliqué la même procédure que celle décrite précédemment.
- **Les médicaments pour lesquels aucun tarif de référence n'a encore été fixé**
  - En attendant la fixation d'un taux de référence pour ces produits, ils sont remboursés à titre transitoire sur la base du PPA.

#### 4. Les Officines Pharmaceutiques Conventionnées

Informées de la mise en œuvre du tarif de référence à compter du 16 avril 2006 elles sont rendues destinataires d'un logiciel de gestion des produits pharmaceutiques identique à celui utilisé par les organismes de sécurité sociale avec une option supplémentaire calculant la différence de prix à la charge de l'assuré lorsque celui-ci veut acquérir le princeps ,en plus des (20%) ,qu'il aura à payer lorsqu'il ne bénéficie pas de la Dispense du Ticket Modérateur DTM.

Le logiciel informatique de gestion de la liste des produits pharmaceutiques remboursable vise à faciliter la mise en œuvre du tarif de référence pour médicaments

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

concernés, l'application dès la saisie de l'ordonnance, lorsque le PPA, est supérieur au tarif de référence le logiciel procède immédiatement à la substitution en affichant le tarif de référence, et lorsque le PPA, est supérieur au tarif de référence correspondant au conditionnement le logiciel affiche le PPA. Les facteurs adressés aux organismes de sécurité sociale seront honorés sur la base du tarif de référence pour les produits pharmaceutique concernés.<sup>29</sup>

### 5. Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, dentiste, pharmaciens et auxiliaires médicaux

La nomenclature prise en application des articles 1et 2 au décret n°85 283 du 12 novembre 1985 établie la liste, avec la cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens dentiste, les sages-femmes et les soins infirmiers renseignent sur l'identité de l'exécuteur de l'acte.

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés<sup>30</sup> n'a pas été réévalué depuis 1987 ce qui entraine un sous remboursement des actes médicaux, selon le type de l'acte les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

#### 5.1 Pour le cas particulier des consultations et visites

**Tableau N°04 : nomenclature générale professionnelle des actes médicaux.**

Actes	Médecin Généraliste	Spécialiste	Psychiatre	Chirurgien Dentiste	Sage-femme
Consultation au cabinet	C	CS	C PSY	CD	C.SF
Consultation au cabinet de jour pendant les jours fériés et vendredi	CJF	CS.JF	CPSY.JF	CD.JF	CSF.JF
Consultation de nuit au cabinet	CN	CS.N	CPSY. N	CD.N	CSF.N
- Visite de jour au domicile du malade	V	VS	V.PSY	VD	V.SF
Visite de jour pendant les vendredi et jours fériés	VJF	VS.JF	VPSY.JF	VD.JF	VSF.JF
- Visite de nuit	VN	VS.N	VPSY.N	VD.N	VSF.N

Source : Nomenclature des actes médicaux.

<sup>29</sup> Caisse Nationale des assurances des non-salariés, manuel sur « le Contrôle Médical ».

<sup>30</sup>Manuel sur la Nomenclature Générale Professionnelle des Actes Médicaux, décembre 1987.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

### 5.2 Notion d'un acte médical

*« L'acte médical comprend toutes les actions professionnelles et les démarches scientifiques, d'enseignement, de formation et de pédagogie, cliniques et médico-techniques, accomplies afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir un diagnostic ou un soin thérapeutique aux patients, individus, groupes ou communautés ».<sup>31</sup>*

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa notion comportant la lettre-clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute et immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature. Exemple : injection intraveineuse par un médecin (K2) ; injection intraveineuse par un infirmier(AMI.2).

En effet la cotation par assimilation, si un acte ne figure pas à la nomenclature, il peut être assimilé à un acte de même importance porté sur cette nomenclature, et, en conséquence, affecté du même coefficient que cet acte. Dans ce cas, le praticien doit mentionner sur la feuille de soins. « Actes assimilable ».Le remboursement d'un acte coté par assimilation est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable. Seules peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses de sécurité sociale, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives. Réglementaire et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- Les actes effectués personnellement par un médecin.
- Les actes effectués personnellement par un chirurgien. Dentiste, un pharmacien ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence.
- Les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale, écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.
- Lorsque la demande d'entente préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de trois semaines, par exception à la règle générale prévue par le paragraphe C, vaut rejet de la demande et permet à l'assuré d'engager la procédure prévue par la loi N°85.15 du 02.07.1983 relative au contentieux médical.

---

<sup>31</sup>Idem, P53.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte globale, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte celle des soins préopératoires, de l'aide opératoire éventuelle.

En cas d'hospitalisation, des soins postopératoires pendant la période de 20 jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le vingtième jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

En cas d'intervention sans hospitalisation, des soins post-opératoires pendant une période de 10 jours. Cependant si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment : les honoraires dus éventuellement au praticien traitant participant à l'intervention, les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade, et enfin les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention. Les honoraires de chaque médecin doivent être notés sur des feuilles de maladie distinctes, notamment ceux du médecin traitant participant à l'intervention et ceux du médecin anesthésiste-réanimateur.<sup>32</sup>

### 6. Les insuffisances liées au tarif de référence

- Faible niveau de remboursement des actes médico-techniques et des analyses médicales. Le maintien des valeurs monétaires des lettres-clés à leur niveau de 1987, dépassés entre-temps par l'inflation, a fait que d'importantes différences des sommes payées aux prestataires privés par rapport aux sommes remboursées par la Sécurité sociale aux assurés sociaux et leurs ayants droit. Les débours sont souvent 10 à 20 fois supérieurs aux sommes remboursées.
- La quasi-totalité des analyses médicales effectuées par les usagers dans les laboratoires privés ne sont pas remboursées à cause de la modicité du taux de remboursement. Paiement du ticket modérateur de 20% qu'appliquent les caisses publiques CNAS et CASNOS sur les médicaments et les actes médico-techniques pour les assurés sociaux et leurs ayants droit.

---

<sup>32</sup> Manuel sur la Nomenclature Générale Professionnelle des Actes Médicaux, décembre 1987.

## Chapitre 2 : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale

---

- Paiement du tarif de référence (différence entre prix public d'achat des médicaments et du tarif de référence fixé par les organismes d'assurance-maladie).
- Paiement des dépenses engagées pour le transport médical privé qui est, en dehors de l'hémodialyse, non remboursé et coûteux à la fois.

### Conclusion

Les taux de remboursement sont 80% et 100%, il reste entendu qu'en général le taux appliqué est celui équivalent à 80% des tarifs fixés par voies réglementaires, il est porté à 100% dans des cas et des conditions bien définies entre autres : les malades chroniques, les titulaires d'avantage de pension et allocation de retraite dont le montant de leur pension ne dépasse le salaire national minimum garanti (SNMG), le grand appareillage, la rééducation fonctionnelle etc.....Cependant, la combinaison de tarifs extrêmement élevés dans le privé et de l'absence de remboursement entretient donc une situation de sélection par l'argent dans l'accès aux services médicaux du secteur privé de soins de santé.

Actuellement, le système de conventionnement est limité aux seuls produits pharmaceutiques et à l'hémodialyse, chirurgie cardio-vasculaire, son élargissement aux soins devient urgent. Peu de médecins libéraux adhérents à ce système, pour cause de l'écart existant entre les prix du marché et les tarifs proposé par la CNAS (honoraires des médecins, tarifs de remboursement des frais de soins).

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

### **Introduction**

L'application des remboursements faites sur la base des tarifs de référence fondé sur une nomenclature vieille de 30 ans, présentent des résultats insatisfaisants pour certaines des parties prenantes en particuliers les assurés sociaux et les médecins, ce qui pousse le ministère du travail, de l'emploi et la sécurité sociale à réfléchir sur la mise en place d'un nouveau mécanisme de remboursement équitable pour tous.<sup>1</sup>

En effet, le conventionnement n'est pas un concept nouveau en Algérie, c'est un vaste projet mis en chantier depuis quelques années, les responsables lui ont toujours accordé une importance, toutefois l'aboutissement de ce mécanisme s'est heurté à différentes insuffisances avec une légère avancée dans le temps.

Mis en place par le ministère chargé de la sécurité sociale, le conventionnement met en combinaison les caisses de sécurité sociale et les médecins traitants, prémisse d'une nouvelle forme de relation entre le prestataire, le payeur et l'assuré ou ayant-droit, bénéficiaire des soins. Nous allons traiter, dans ce chapitre des tarifs raisonnables, des éventuelles limites qu'ils présentent et nous allons le clore sur la proposition des solutions afin de remédier à ses limites.

### **Section 1 : Le conventionnement**

Les remboursements opérés sur la base des tarifs de référence présentent une inégalité entre les entités concernées (la sécurité sociale, les assurés, les médecins, l'industrie pharmaceutique), en fait ces tarifs profitent essentiellement aux caisses des organismes de la sécurité sociale qui remboursent infiniment moins les débours effectués par les assurés dans les hôpitaux spécialement dans les hôpitaux privés, aussi ces tarifs permettent aux caisses de la sécurité sociale de réaliser moins de dépenses donc d'économiser. De même ces tarifs profitent aux hôpitaux privés qui sont à l'abri du contrôle de l'Etat compté de tenir la fixation anarchique des prix d'actes médicaux qui crée une médecine à double vitesse ainsi les assurés sociaux sont mis à la marge de tout ce système.

Les mutations qu'a connu l'Algérie, le développement fulgurant du secteur privé et les incessantes augmentations des prix des actes médicaux ont lourdement pénalisé l'assuré social. En payant une consultation de 1000 DA chez un médecin généraliste du secteur privé, le malade se voit rembourser sur la base de 50 DA, soit le tarif appliqué par les CHU.

---

<sup>1</sup>Institut nationale de travail ; « Droit de la sécurité sociale » ; recueil de teste législatif et règlementaire, sécurité sociale ; édition 1997.

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

L'application de ces nouvelles mesures ne se fera pas de suite. Nombreux sont les assurés sociaux qui ne réclament pas de remboursement pour leurs prestations médicales pour cause des sommes forfaitaires largement inférieurs aux débours effectués, auprès des hôpitaux et laboratoires d'analyses médicaux privés.

Le prix du médicament préoccupe plus que jamais les producteurs nationaux. Cela y va même de la survie de l'industrie pharmaceutique nationale. Les opérateurs nationaux sont mis en otage par le tarif de référence du médicament servant de base de calcul au remboursement par la Caisse nationale de la Sécurité sociale (CNAS).<sup>2</sup>

Lors d'un séminaire dédié au prix des médicaments, avec pour thème "prix et développement de l'industrie pharmaceutique nationale" L'Unop réitère son alerte contre les "dangers de la révision à la baisse permanente des prix des médicaments", il appelle, de ce fait, à "stabiliser" le tarif de référence au risque, menace-t-il, de décourager des opérateurs à maintenir leur activité. L'Unop plaide ainsi pour un tarif de référence "stable, équitable et motivant" dans le souci de préserver l'industrie nationale et d'assurer un produit de qualité.

Aussi pour remédier à cette inégalité le ministère du travail, de l'emploi et la sécurité sociale a mis en place la fixation de nouveaux tarifs par le biais de conventionnement (tarifs raisonnables) en accord avec les médecins.

« Le conventionnement est un accord conclu entre une caisse de la sécurité sociale et un syndicat représentatif de praticiens en vue de fixer les tarifs médicaux et leur remboursement »<sup>3</sup>, autrement dit le conventionnement est un accord entre les caisses des organismes de la sécurité sociale et les médecins afin de fixé des tarifs dits raisonnables. Les conventions types du décret exécutif n°09-116 du 07 avril 2009 définissent les relations entre l'organisme de sécurité sociale et le médecin généraliste, désigné « médecin traitant » pour le bénéfice de prestations médicales aux assurés sociaux et leurs ayants droit. Il s'applique aux médecins exerçants à titre libéral et prescrits au tableau de l'ordre des médecins.

La présente convention s'applique<sup>4</sup> : aux assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux reconnus atteints de l'une des affections ouvrant droit au bénéfice des prestations en nature au taux de 100% et dont la liste est fixée par la réglementation en vigueur.

---

<sup>2</sup>Lamri, L., « système de sécurité sociale en Algérie » ; une approche économique ; édition : 4.01.4538, officine des publications universitaires : 3-2004

<sup>3</sup>Définition de convention, disponible sur [http://www.larousse.fr/definition/de\\_convention/](http://www.larousse.fr/definition/de_convention/) (consulté le 18-09-2017 21h35).

<sup>4</sup>Décret exécutif n°09-116 du 07 avril 2009 définissant les relations entre l'organisme de sécurité sociale et le médecin généraliste.

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

De même il s'applique aux assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux atteints d'hypertension artérielle, d'asthme ou de la maladie de Crohn ; aux assurés sociaux titulaires de l'un des avantages de sécurité sociale pension d'invalidité directe ou de réversion, rente d'accident du travail d'un taux au moins (égal à 50%, pension de retraite directe ou de réversion, allocation de retraite directe ou de réversion, allocation aux vieux travailleurs salariés ou secours viager) ; aux ayants droit des assurés sociaux titulaires d'une pension, rente ou allocation, citées l'alinéa ci-dessus ; aux assurés sociaux salariés titulaires de la carte « CHIFA » selon les modalités définies par l'organisme de sécurité sociale.<sup>5</sup>

Les conventions, en attendant leur généralisation à l'ensemble des assurés sociaux s'appliquent actuellement :

- Aux titulaires de pensions de retraite directes ou de reversions et à leurs ayants droits.
- Aux titulaires d'allocations de retraite directes ou de reversions et à leurs ayants droits.

Le conventionnement entre la CNAS et le corps médical vise à :

- Moderniser et à optimiser la gestion de la sécurité sociale.
- Rationaliser les dépenses médicales de santé.
- Adapter la sécurité sociale aux exigences d'un service public plus performant.
- Œuvrer à la sauvegarde d'un acquis social important auquel nous sommes tous attachés.
- Améliorer la coordination et la qualité des soins.
- Améliorer l'efficacité de notre système de santé.<sup>6</sup>

Le dossier à fournir par le médecin traitant (désirant être conventionné) à l'organisme de la sécurité sociale est présenté comme suit :

- Une copie d'autorisation d'exercice délivré par le Ministère de la santé
- Une attestation de mise à jour des cotisations fournie par la CASNOS pour lui-même et la CNAS pour le personnel qu'il emploie.
- Un document attestant son inscription avec la mise à jour au tableau de l'ordre des médecins.

Notons que le projet de convention entre la sécurité sociale et le médecin traitant a été proposé par le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale en septembre 2008,

---

<sup>5</sup> « Conventions et accords internationaux » disponible sur <https://medecinelegale.files.wordpress.com/2015/09/f2009070.pdf> (consulté à 01h00 le 19-09-2017).

<sup>6</sup> Article sur « le conventionnement entre la CNAS et les médecins libéraux », disponible sur <http://medlib.over-blog.org/article-conventionnement-cn-as-medecins-liberaux-51013322.html> (consulté à 23H32, le 18/09/2017).

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

cela dans le cadre des réformes du secteur de la sécurité sociale qui ont pour objectif, l'amélioration de la prise en charge des malades et la qualité des soins.<sup>7</sup>

### **1. L'Objectif de la convention**

Le dispositif de conventionnement du médecin traitant vise à une meilleure organisation du recours aux soins, du suivi médical des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que le développement d'un partenariat pour la promotion de la qualité des soins, de la prévention et de la rationalisation des dépenses de santé.

Il permet également de promouvoir la qualité de prise en charge des pathologies chroniques telles que l'HTA, le diabète, l'insuffisance rénale chronique... Le médecin traitant assure la coordination des soins fournis au patient en collaboration avec les autres professionnels de santé. Dans ce processus, le patient consulte en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera vers un autre praticien : le médecin spécialiste, le choix du médecin traitant de l'assuré social s'applique également à ses ayants droit. Ce choix est exprimé conjointement par l'assuré social et son médecin, au moyen d'un formulaire du choix du médecin traitant.<sup>8</sup>

Par ailleurs, pour ce qui est de la carte CHIFA, il est mis gratuitement à la disposition du médecin conventionné une clé de professionnel de la santé et un logiciel d'exploitation (ChifaMed). Le médecin conventionné qui reçoit une formation gratuite de la Sécurité sociale pour l'utilisation de ce logiciel, bénéficie aussi de la maintenance gratuite assurée par la CNAS des instruments permettant l'utilisation du système CHIFA. Ces mesures entrent dans le cadre de la poursuite du programme de développement du système de sécurité sociale dont l'un des axes majeurs est l'amélioration continue de la qualité des prestations des organismes de sécurité sociale, l'élargissement du système tiers payant (dispense de l'avance des frais), souligne le document.

Pour ce qui est nouveau du dispositif utilisant la carte CHIFA, il permet à l'assuré notamment de choisir un médecin généraliste conventionné comme médecin traitant de famille, le recours à un médecin spécialiste sur orientation du médecin généraliste et le développement d'actions de préventions.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> "Lancement du conventionnement avec les médecins traitants" disponible sur <http://www.djazair.com/fr/lemaghreb/16744> (consulté à 00h48, le 18-09-2017-09).

<sup>8</sup> Agence CNAS de Tizi Ouzou, document sans titre.

<sup>9</sup> Article sur "Avantage du nouveau dispositif de conventionnement du médecin traitant", disponible sur <http://www.algerie-focus.com/2010/10/cnas-avantages-du-nouveau-dispositif-de-conventionnement-du-medecin-traitant/>, (consulté à 00H13, le 18/09/2017).

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

Le médecin traitant s'engage à :

- Dispenser les premiers soins de santé et assurer les soins relevant de sa compétence ;
- Assurer la coordination des soins, notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et leur intégration dans le dossier médical du patient ;
- Orienter le malade, en tant que de besoin, vers un médecin spécialiste ;
- Contribuer au suivi des malades atteints de maladies chroniques en liaison avec les autres professionnels de santé, selon le protocole de soin établi conformément aux dispositions de la convention ;
- Observer, dans tous ses actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins, conformément aux référentiels de bonne pratique médicale ou, à défaut, aux données récentes de la science.
- A tenir et à mettre à jour un dossier médical pour chaque malade qu'il prend en charge en qualité de médecin traitant.

Il s'engage en outre, à assurer les actions de prévention qui visent à :

- Identifier et éliminer les facteurs de risques individuels de maladies graves (patients consommateurs de tabac et/ou d'alcool) ;
- Dépister précocement les maladies lourdes et coûteuses : (cancer du sein, cancer du col utérin)
- Vacciner les catégories de populations à haut risque de morbi-mortalité en cas de grippe (personnes âgées de 65 ans et plus ; patients atteints de pathologies chroniques pulmonaires, cardiaques, rénales et métaboliques ...) <sup>10</sup>

En dehors de ces orientations, certains soins spécialisés définis en "accès direct", dispensent le malade de passer par son médecin traitant pour y accéder. Les cas particuliers des situations d'urgence et d'éloignement du lieu de résidence du patient ont fait l'objet d'exception. Dans les situations d'urgence et lorsque le malade se trouve éloigné de son domicile habituel, il peut consulter un médecin autre que son médecin traitant.

### **2. Rémunérations**

Des montants de majoration sont accordés aux médecins traitants dans les situations de prescription de médicaments génériques ou de médicaments fabriqués en Algérie, un service honoraire par assuré, est également versé au médecin traitant par l'organisme de sécurité sociale au titre de son activité de prévention. Pour les médecins spécialisés, les montants de consultation médicale et les prestations liées au suivi et à la coordination des soins sont

---

<sup>10</sup>DR TADJINE Rachid, « Guide de la sécurité sociale », Edition Dahlab, dépôt l'égalé 2/1998.

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

rémunérés et majorés dans les situations de prescription de génériques ou de médicaments fabriqués en Algérie. A cela s'ajoute un service honoraire au titre des protocoles de suivi et de soins pour les assurés sociaux souffrant de maladies chroniques.<sup>11</sup>

Certains actes essentiels de divers spécialités ont été intégrés au système tiers payant dans le cadre du dispositif du médecin traitant, c'est le cas notamment du fond d'œil, de l'audiogramme, de l'exploration fonctionnelle respiratoire, de la fibroscopie gastroduodénale, de la rectoscopie et de la coloscopie, l'électrocardiogramme et l'échocardiographie, des frottis cervico-vaginaux, des échographies obstétricales et de l'électroencéphalogramme.<sup>12</sup>

### **3. Les tarifs des prestations médicales loin du réel**

Les structures de soins publiques, en Afrique subsaharienne, particulièrement en Algérie sont caractérisées très souvent par leur mauvais fonctionnement et le mauvais traitement des patients par des personnels de santé<sup>13</sup> qui, faisant face à divers manquements, les malades n'ont d'autre choix que de se diriger vers les structures privées. Mais là aussi, les anomalies sont nombreuses, à commencer par les tarifs excessifs appliqués, qui sont loin du coût réel. Avec des visites chez le médecin généraliste allant de 700 à 1000 DA et de 1500 à 5000 DA chez les spécialistes et des taux de remboursement dérisoires qui n'ont pas changé depuis 1987, le malade contribue largement au financement de la santé.

L'étude des comptes nationaux de la santé de 2015 révèle les 3 principaux agents de financement de la santé qui sont l'Etat, la Sécurité sociale et les ménages. Ces derniers voient leur participation financière augmenter beaucoup plus vite que celles des deux premiers, en raison de 44,3% part de l'Etat, suivie de celle des ménages 24,7% et finalement celle de la Sécurité sociale 21,3% et le reste par les mutuelles et centres médico-sociaux des entreprises.

Résultat, malgré la gratuité des soins consacrée par la Constitution, l'Etat contribue pour moins de la moitié et les ménages pour le quart, posant un véritable problème d'équité en matière d'accès aux services de santé<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Manuel sans titre au niveau de la Direction générale de la CNAS d'Alger.

<sup>12</sup> "Controle médical: conventionnement du médecin traitant", disponible sur <http://www.cnas.dz/?q=fr/controle-medical/conventionnement-du-medecin-traitant> (consulté le 18/09/2017 à 23H42).

<sup>13</sup> Document sur « le conventionnement entre la CNAS et les médecins traitant » au niveau de la Direction générale de la CNAS de Tizi-Ouzou.

<sup>14</sup> « Imposer des prix raisonnables au secteur privé », article rédigé par Lamri-larbi, disponible sur <http://www.algerie-infos-saoudi.com/2016/12/santéLamri-larbi-imposer-des-prix-raisonnables-aux-secteur-privé.html>, (consulté le 19/09/2017 à 15h10).

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

Selon le Dr Merabet “attaché d’enseignement et de consultation dans le service d’odontologie de l’hôpital Nord(Marseille)” toute cette différence, est tout simplement due au référent réglementaire qui liste la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux ainsi que les niveaux de la tarification remonte à l’année 1987, il est obsolète et ne reflète aucunement le coût de la prestation dispensée qu’elle soit au titre de la simple consultation, de l’exploration fonctionnelle ou des soins paramédicaux.

Aussi rappelons que dans la nomenclature du remboursement des actes médicaux de 1987, la consultation chez le généraliste est remboursée à 50 DA et à 100 DA chez un médecin spécialiste. Entre-temps, les tarifs ont augmenté de manière exponentielle, passant par exemple de 150 DA chez le généraliste à 1000 DA actuellement.

Et pourtant, les pouvoirs publics ont été sensibilisés à ce sujet,<sup>a</sup> aucune suite n’a été donnée à ce travail malheureusement, si ce n’est la mise en place d’un cadre réglementaire pour le conventionnement entre les praticiens médicaux (médecins privés et pharmaciens d’officine) en 2009 à travers le décret exécutif n° 09-116 qui fixe par exemple les tarifs des consultations à 250 DA pour la médecine générale et 400 DA pour la spécialité.<sup>b</sup>

L’austérité budgétaire imposée aux Etablissements publics de santé a impacté négativement la qualité des prestations et a commencé à installer dans l’esprit du citoyen algérien, puis dans la pratique médicale, le recours au secteur privé pour les besoins de l’exploration diagnostic notamment», rappellera le président du SNPSSP. Ce qui a suscité, selon lui, l’évolution de l’offre de soins dans le privé et justifié son expansion rapide «mais non organisée autour d’objectifs sanitaires clairs et en l’absence d’un cadre réglementaire capable d’assurer une régulation, voire une maîtrise des dépenses, tout en protégeant le droit du professionnel et des malades». Une situation qui a contribué, à l’organisation d’une migration ciblée des compétences du secteur public vers le privé du fait des conditions socioprofessionnelles nettement avantageuses dans ce secteur.

#### **4. Manque de contrôle de l’Etat sur le secteur Privé**

Le secteur privé a connu un essor considérable en Algérie depuis la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988, mais de manière peu contrôlée et ne respecte pas forcément le principe légal, moral et éthique de la prépondérance de l’acte médical. Le résultat est là avec

---

<sup>b</sup>Le syndicat estime que cette situation relève d’une démarche des pouvoirs publics engagée depuis la fin des années 1980 face aux difficultés financières de l’époque. L’enjeu étant la réduction des dépenses sociales engagées par l’Etat en réponse aux injonctions du FMI et de la Banque mondiale.

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

toutes les conséquences sur le système de santé. Aujourd'hui, près de dix ans après son lancement, le conventionnement dans le cadre du système chifamed tarde à être appliqué.

Un projet qui est rejeté en bloc par les médecins cabinards, qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

A titre indicatif, conformément à ce dispositif de conventionnement du médecin traitant, englobant la mise en œuvre du système du tiers payant, utilisant le système de carte CHIFA ainsi que les honoraires des médecins généralistes et spécialistes conventionnés.

Pour les médecins généralistes conventionnés, la consultation médicale, les prestations liées au suivi et à la coordination des soins sont rémunérés à 250 DA, qui peuvent être majorés de 20 à 50% dans les situations de prescription de médicaments, dont le prix est égal ou inférieur au tarif de référence de remboursement ou de médicaments fabriqués localement. Soit des consultations généralistes à 300 et 375 DA. A cela s'ajoute un service honoraire de 250 DA par assuré, versé au médecin généraliste par l'organisme de Sécurité sociale au titre de son activité de prévention, mentionne également la CNAS.

Pour les médecins spécialises, la consultation médicale et les différentes prestations sont rémunérées à 400 DA. Ces montants sont également majorés de 20 à 50% dans les situations de prescription de médicaments dont le prix est égal ou inférieur au tarif de référence de remboursement ou de médicaments fabriqués localement

Ce qui porte les montants des consultations à 480 et 600 DA. A cela s'ajoute un service honoraire de 400 DA, versé au médecin spécialiste par l'organisme de Sécurité sociale au titre des protocoles de suivi et de soins qu'il propose pour les assurés sociaux souffrant de maladies chroniques. Selon le document, certains actes essentiels de diverses spécialités (autres que les consultations) ont été intégrés au système du tiers payant dans le cadre du dispositif du médecin traitant. Mais pour les médecins, les tarifs proposés sont loin d'être attractifs, le noyau du problème étant la réactualisation de la nomenclature des prix des actes médicaux vieille de 30 ans.<sup>15</sup>

#### **5. Conventionnement CNAS et les laboratoires pharmaceutiques**

Le système de convention entre la Caisse nationale d'assurances sociales (CNAS) et les laboratoires d'analyses de biologie médicale, appliqué jusque-là à Annaba comme wilaya

---

<sup>15</sup> « Les prestations médicales loin du réel », article disponible sur <http://sahti-dz.com/portail/tarifs-prestations-medicales-loin-reel/>, (consulté le 18/09/2017 à 00H00).

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

pilote, sera généralisé en mars prochain, a indiqué à l'APS le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale. La CNAS a opté pour le système de convention avec les laboratoires d'analyses de biologie médicale après de larges consultations avec les professionnels de la santé, à l'instar du conseil national de l'Ordre des pharmaciens et l'Association nationale des laboratoires d'analyses privés.

Les analyses sont effectuées dans les laboratoires des établissements publics à titre gracieux. Cette opération, a ajouté le ministère, s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la santé du citoyen.

La CNAS, a précisé le ministère, a appliqué le système de convention avec les officines privées en 2000, avec le médecin traitant en 2009 et avec les cliniques privées de chirurgie cardiaque et d'hémodialyse. Le nombre d'officines conventionnées a atteint plus de 9 900, celui des médecins conventionnés 2 006, outre 125 centres d'hémodialyse, 13 cliniques de chirurgie cardiaque au profit des assurés sociaux et ayants droit, ainsi que des centres de dépistage précoce du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes âgées de 40 ans et plus.

Parmi les autres acquis réalisés en matière de sécurité sociale, le ministère cite le remboursement des actes médicaux dans le cadre des conventions avec le médecin de famille, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Le ministère a pris des mesures incitatives dans les conventions avec les professionnels de la santé. Il s'agit pour les médecins conventionnés d'une majoration de 10 à 50% du montant des rémunérations des consultations et actes médicaux au titre respectivement de la prescription des génériques et des produits fabriqués en Algérie.

Pour les pharmaciens, les mesures prévoient une majoration de 10% du montant de l'ordonnance au titre de la dispensation de produits dont le prix n'excède pas le tarif de référence et une majoration de 20% calculée sur la base du prix du médicament au titre de la dispensation de médicaments fabriqués en Algérie. Toutes ces mesures visent l'amélioration de la santé du citoyen par la disponibilité des médicaments, le suivi du dossier de santé, la promotion de la consommation des médicaments génériques, la régulation du marché des médicaments et la réduction de la facture d'importation des médicaments.

#### **▪ Carte Chifa**

L'utilisation de la carte magnétique de remboursement des médicaments «Chifa» destinée aux assurés sociaux est généralisée depuis 2012 aux 48 wilayas. La Caisse nationale

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

de sécurité sociale (CNAS) a établi 7 millions de cartes, soit près de 23 millions d'utilisateurs de ce système, qui est généralisé dans la même année à travers les 48 wilayas.

Cette opération s'inscrit dans le cadre de la modernisation du système social qui concerne les structures de proximité, passées de 859 centres en 1999 à 1500 en 2011, outre la gestion et la mise en place du réseau de l'Intranet pour l'amélioration des prestations.

Par ailleurs, le ministère s'emploie à rationaliser les dépenses et à promouvoir la santé du citoyen à travers le conventionnement entre le système de sécurité sociale et ses partenaires sur le terrain, une opération qui a permis de coordonner les soins entre les médecins, de suivre le dossier du malade et de mettre en place un protocole de soins unifié pour la prise en charge des malades chroniques.

#### **▪ Au volet de la prévention,**

La lutte contre les causes des maladies graves, tel que le tabagisme et l'alcool, et le lancement de campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière au profit des catégories vulnérables à titre gracieux figurent parmi les préoccupations du système de santé. Le ministère a d'autre part, mis en place un cadre relatif aux médicaments visant à encourager l'utilisation du générique, notamment celui produit localement, et à appliquer le prix de référence dans le remboursement de ces médicaments.

Les dépenses de la CNAS allouées à la santé des assurés sociaux ont atteint l'année écoulée 186 milliards DA, le remboursement des médicaments vient en tête de ces dépenses avec 110 milliards DA, soit une hausse de 16% par rapport à 2010. Par ailleurs, la CNAS prévoit un large programme en matière d'amélioration des ressources humaines.<sup>16</sup>

#### **6. Lancement du portail web par la Caisse nationale des assurances sociales (CNAS)**

Le lancement de ce portail entre dans le cadre du programme de modernisation du système de la sécurité sociale et la mise en œuvre du plan stratégique de la caisse 2017-2019, le portail est une application web, conçue par des compétences de la CNAS et destinée à la gestion électronique des relations contractuelles avec des professionnels de santé.

Notamment, par le téléchargement des documents médicaux et administratifs et permettra aux assurés sociaux de s'informer sur l'état d'avancement du traitement de leur demande de prise en charge relative, notamment, à la chirurgie cardiovasculaire, ce portail permet également au personnel médical et administratif des cliniques de chirurgie cardiovasculaire et des centres privés d'hémodialyse d'échanger en temps réel des

---

<sup>16</sup>Lamri L. ; « Système de santé Algérien » ; thèse, 1986.

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

informations et offres de nouveaux services électroniques permettant d'assurer une meilleure coordination avec les assurés sociaux ainsi que les partenaires de la CNAS.

La Caisse "s'est engagée à s'inscrire dans l'esprit de la modernisation du système de sécurité sociale dans le but d'améliorer les prestations destinées aux assurés sociaux et de veiller ainsi "continuellement à l'humanisation" des relations avec ses usagers dans le cadre du système tiers payant.

Par ailleurs, la CNAS accorde une attention "particulière" au "bon accueil" et à l'allègement des procédures de prise en charge de toute la catégorie des assurés sociaux et de leurs ayants-droit, et d'investir dans la modernisation.

Toujours dans ce contexte, le cadre de l'introduction de la carte électronique "chifa" au profit des assurés sociaux, près de "13 millions de cartes ont été établies pour plus de 35 millions de bénéficiaires (assurés sociaux et ayants droit) et que le système de conventionnement est réalisé avec 11.000 officines pharmaceutiques et plus de 3.200 médecins traitants, 19 cliniques privées de chirurgie cardiovasculaire, 168 centres d'hémodialyse et 320 entreprises de transport sanitaire".

### **7. Conventionnement en France**

En France, depuis la loi du 13 août 2004, chaque assuré social doit désigner un médecin traitant. On considère que plus de 85% des français ont déclaré un médecin traitant, un médecin généraliste dans 99% des cas. Depuis le 1er février 2009, les patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou ceux qui ne respectent pas le parcours de soins ne sont plus remboursés à 50% mais à 30%.<sup>17</sup>

Le médecin traitant est le praticien que tout assuré social à partir de 16 ans doit choisir, c'est celui qu'il consulte au quotidien en cas de problème. Il est également celui qui oriente son patient vers des spécialistes si cela lui semble nécessaire ; l'objectif étant d'éviter au patient de nombreuses consultations inutiles. Les médecins traitants sont des médecins généralistes référents, ces professionnels médicaux sont également appelés médecins de famille.

Ils ont vocation à suivre leurs patients et sont donc censés bien les connaître. Chaque assuré social doit aujourd'hui désigner le médecin traitant de son choix (en accord avec le médecin lui-même) pour pouvoir bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale. De même, il faut passer par son médecin traitant pour se voir prescrire une consultation chez un

---

<sup>17</sup>Bersmak Ariel G.Duru ; « Economie de la Santé : connaissance et pratique » ; 6ème Edition Elsevier Masson paris; Décembre 2007.

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

spécialiste (dermatologue, gastro-entérologue...) et que celle-ci soit prise en charge. C'est l'assuré qui choisit son médecin traitant. L'Assurance maladie (Sécurité sociale) rembourse en partie ou en totalité les médicaments achetés en pharmacie. Cela dépend du médicament concerné ainsi que des conditions de prescription et de délivrance. Le taux de remboursement dépend du service médical rendu du médicament.<sup>18</sup>

Pour être remboursé, le médicament doit figurer sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Les substituts nicotiques ne sont pas remboursables. Toutefois, sur une demande auprès de votre organisme d'assurance maladie, certains substituts ouvrent droit à une prise en charge de 150 euro par an.

### **7.1 Prescription par un professionnel de santé et le pharmacien**

Le médicament doit être prescrit par un professionnel de santé, dans la limite de ses droits de prescription : médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, pédicure-podologue, seule la prise en charge du vaccin contre la grippe est reconductible sans prescription.

La prescription doit être faite sur une ordonnance conformément à la réglementation, aussi, certaines mentions sont obligatoires (posologie et durée du traitement par exemple), s'il s'agit d'un médicament dit d'exception, la prescription se fait sur un imprimé spécifique appelé "ordonnance de médicaments ou de produits et prestations d'exception"

Le pharmacien ne doit pas vous délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à un traitement d'une durée supérieure à 1 mois. La seule exception concerne un départ à l'étranger pour un séjour de plus d'1 mois.

Dans le cas où la boîte de médicaments est prévue pour un traitement supérieur à 1 mois, le pharmacien peut vous délivrer les médicaments pour cette durée dans la limite de 3 mois, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de 12 semaines (3 mois) dans le cadre d'un traitement chronique, au cas où la durée de validité de l'ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien peut vous dispenser un médicament, sauf exceptions (y compris certains contraceptifs oraux). Le pharmacien peut délivrer, en remplacement du médicament prescrit, une spécialité du même groupe générique, sauf si le médecin a indiqué sur l'ordonnance qu'il s'y opposait (avec la mention "NS" pour non substituable).

---

<sup>18</sup>Xavier Prétot, Jacques du Peyroux ; « Droit de la sécurité sociale » ; 9ème Edition Dalloz ; Année 1975-2003.

## Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux

### À savoir

En cas de refus du médicament générique proposé par le pharmacien, sauf exception on ne peut pas bénéficier du tiers-payant. Pour être remboursé, la feuille de soins doit être transmise aux organismes d'assurance maladie (le plus souvent, le pharmacien la transmet par voie électronique), pour certains médicaments, il est nécessaire de faire une demande d'entente préalable auprès de votre organisme d'assurance maladie. Vous pouvez bénéficier du tiers-payant auprès de la plupart des pharmaciens.<sup>19</sup>

### 7.2 Classification des médicaments

Les médicaments sont classés en plusieurs catégories en fonction notamment de leur service médical rendu (SMR)<sup>c</sup> : SMR majeur ou important, SMR modéré, SMR faible.

**Tableau N° 05 : Taux de remboursement des médicaments**

Catégories de médicaments	Taux de remboursement
Médicament irremplaçable pour affections graves et invalidantes	100 %
Médicament à SMR majeur ou important et préparations magistrales	65 %
Médicament à SMR modéré	30 %
Médicament à SMR faible	15 %

**Source** : Catégories des médicaments.

Le taux de remboursement s'applique sur la base du prix de vente (prix fixé réglementairement) ou d'un tarif forfaitaire de responsabilité (tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments).

Une franchise de 0,50 € est prélevée sur les médicaments remboursés par l'Assurance maladie. Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an et par personne. Par exemple, si vous achetez une boîte de médicaments d'un montant de 20 €, et que ce médicament est remboursé à 65 %, l'Assurance maladie vous remboursera 12,5 € (13 € - 0,50 € de franchise).

L'information sur le prix et le taux de remboursement de chaque médicament figurent sur une facture imprimée par le pharmacien au verso de l'ordonnance (facture appelée *ticket*

<sup>19</sup>Xavier Prétot, Jean-Jacques Dupeyroux, « Droit à la sécurité sociale », 9ème Edition Dalloz, Dépôt légale janvier 2008.

<sup>c</sup> SMR : service médical rendu est une mesure de l'efficacité et de l'utilité des médicaments vendus en France. Il est évalué par Commission de transparence de la haute Autorité de santé.

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

*Vitale*). De plus, dans la pharmacie, selon que le médicament remboursable est exposé à la vue du public, le prix est indiqué par affichage, étiquette, catalogue librement accessible ou interface internet donnant accès à une base nationale de référence<sup>20</sup>

En ce qui concerne l'Algérie le conventionnement n'a pas conquis l'ensemble du territoire Algérien néanmoins il a été instauré dans certaines wilaya comme à Constantine considéré comme ville pilote et qui compte quinze médecins conventionnés avec la CNAS en 2011<sup>21</sup>.

A Oran avec 79 médecins exerçants a titre privés dont 11 spécialistes ont adhéré à ce dispositif d'élargissement du système du tiers payant aux soins de santé en 2012<sup>22</sup> près d'une centaine de médecins généralistes en 2013, pas moins de 30 médecins conventionné avec la CNAS de Boumerdès, le chiffre paraît dérisoire par rapport aux 444 généralistes et spécialistes exerçant au niveau de la wilaya de Boumerdès (Rouiba et Réghaïa), à Bejaia sur 157 médecins généralistes seulement 29 sont conventionnée, chez les spécialistes sur 216 seulement 2 y sont conventionnés, 10600 pharmacies et 3000 médecins y sont conventionnés sur le territoire national 300.000 bénéficiaires de cartes CHIFA en 2015<sup>23</sup>, pour finir la wilaya de Tizi-Ouzou compte uniquement 5 médecins conventionnés avec la CNAS à ce jour.

L'Algérie n'a visiblement pas atteint le même niveau que la France en ce qui concerne le conventionnement néanmoins on remarque quelques avancées notables. Au cours d'une rencontre qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique de la CNAS pour les années 2017-2019, dédiée à l'évaluation de plus d'une dizaine d'années de relation entre les parties prenantes.

Les efforts réalisés par la caisse nationale ont permis une meilleure prise en charge des malades assurés sociaux, notamment au niveau de 19 clinique conventionnées spécialisées en chirurgies cardiovasculaire, aussi la CNAS contribue à la gratuité des soins et réserve annuellement un forfait hôpital au profit des services de la santé, dont le montant pour les trois dernières années est plus de 65 milliards pour l'année 2015, plus de 64 milliards pour l'année 2016 et plus de 74 milliards, pour l'année en cours.

---

<sup>20</sup> « Remboursement des médicaments », disponible sur <https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F21760>. (consulté le 17/10/2017 à 12h05).

<sup>21</sup> « Villes pilotes conventionnées » disponible sur [www.vitamedz.org](http://www.vitamedz.org) (consulté à 00h47 le 17/10/2017).

<sup>22</sup> Hannouz M. & Khadir .M « Précis de la sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux », OPU, Alger, 1987.

<sup>23</sup> Bertrand D., « Consommation médicale et économie de la santé » in revue du praticien N° 53, paris, 2003.

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

Pour les dix dernières années les deux caisses ont pris en charge plus de 56.293 malades assurés pour un montant de 22,5 milliards de dinars<sup>24</sup>. Malgré toutes ces avancés les deux caisses rencontrent des difficultés pour la généralisation du conventionnement sur l'ensemble du territoire algérien que nous allons évoquer dans le point suivant.

### **Section 2 : Insuffisances du conventionnement**

Les parties prenantes ne sont pas d'accord sur les principes fixés par ce conventionnement, en effet, il ne leur apporte nul gain, en ce qui concerne les médecins bien au contraire ils revoient leur revenu à la baisse , la résistance manifesté face à la situation actuelle, aussi, ils n'y trouvent pas leur compte dans les nouveaux tarifs fixés par conventionnement, en comparaison avec ce qu'ils gagnent dans une consultation normale, selon que le médecin soit généraliste ou spécialiste les honoraires proposés sont 3 voire 4 fois moins importante que ce qu'ils gagnent en étant pas conventionné avec une caisse.

Selon le nouveau projet de loi relatif à la santé les hôpitaux conventionnés seront soumis à des inspections en vue d'assurer le bon fonctionnement et le suivi de ceux-ci conformément aux nouvelles lois, mais les hôpitaux privés voient en cela une menace pour leurs intérêts.

Par ailleurs ces tarifs sont toujours très inférieurs au prix du marché, pour les assurés, compte tenu des débours effectués dans des cliniques ou hôpitaux privés, les nouveaux tarifs de remboursement proposés par les caisses des organismes de la sécurité sociale à ces derniers restent insignifiants, ce qui n'allège pas leur poids en matière de dépenses de santé. Ce système prône le capitaliste car les soins offerts dans les hôpitaux privés ou publics sont payés par le patient puis remboursé par les caisses, autrement dit il met de côté les démunis n'ayant pas de pouvoir d'achat qui vont se voir privé du droit à la Santé qui entretemps est un droit pour tous ainsi seul les personnes aisées pourront jouir du droit à la santé.<sup>25</sup>

#### **1. Le secteur informel**

Nombreux sont les travailleurs du secteur informel non déclarés et donc ne disposant d'aucune couverture sociale. Cette population sans couverture sociale se soigne gratuitement dans le secteur public, mais pour les médicaments, les analyses médicales, les examens, le transport médical et de nombreux autres services de santé, notamment spécialisés, et les

---

<sup>24</sup>Séminaire national « un partenariat solide pour une meilleure prise en charge sanitaire des assurés sociaux » tenu au centre familiale de Ben Aknoun.

<sup>25</sup>Castiel D., « Economie et santé quel avenir », Edition management sociale Paris, 1999.

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

accouchements surtout en milieu rural et désertique elle s'adresse au secteur privé avec des débours non compensés par aucune forme d'assurance sociale.

Les secteurs de l'informel concernés sont notamment l'agriculture, le BTPH, le commerce, les transports et les petites industries manufacturières.

De nombreuses petites entreprises, artisans et travailleurs de petits métiers ne se déclarent pas à la caisse d'assurance sociale en charge de ces secteurs (CASNOS) et ne s'acquittent pas de leurs cotisations.

Pour leurs soins et biens médicaux, ils les acquièrent, soit dans les services publics de santé (gratuits), soit le plus souvent auprès du secteur privé (cabinets, cliniques...), avec des paiements directs sans aucune forme de remboursement. Les populations économiquement faibles non couvertes socialement payent directement des services de santé et des biens médicaux acquis par des ménages non-assurés sociaux. C'est un paiement intégral sans aucune forme de remboursement.<sup>26</sup>

Le Premier grand problème, de milliers de citoyens ne veulent pas être déclarés à la Sécurité sociale. Cela n'arrange pas leurs affaires. Ce sont généralement des commerçants, des personnes assez riches. Ils sont dans le circuit de l'informel mais considérés comme chômeurs. Ils ne sont pas déclarés à la CASNOS, leurs employés ne sont pas affiliés à la CNAS et, bien sûr, leurs recettes ne sont pas déclarées aux directions des impôts. On fait tout pour fuir ces impôts, quitte à se priver soi-même des bienfaits de l'affiliation aux caisses d'assurances sociales. Le malheur, c'est que ces personnes ne sont pas les seules à être pénalisées par cette situation. Elles pénalisent les nombreuses familles qui dépendent de ce travail.

#### **2. Promouvoir l'adhésion des commerçants au projet du conventionnement**

Cela ne pose pas de problème pour les commerçants, ils ont l'argent pour se payer des consultations à 800 DA, des analyses médicales qui pourraient dépasser les 10 000 DA, le scanner à 15 000 DA... et autres dépenses. Le paradoxe, c'est que ce sont ces gens riches qui bénéficient le plus de la générosité des premiers responsables des établissements hospitaliers. Des CHU des meilleurs soins, devrions-nous dire. Ils ont leurs réseaux dans le système de santé. Un coup de téléphone suffit pour obtenir un rendez-vous, le plus tôt possible, pour une quelconque intervention chirurgicale.

---

<sup>26</sup>Mougeot M., « La régulation du système de santé », Edition la Documentation française, paris, 1997.

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

Un simple citoyen doit faire des tours et des détours pour de simples analyses. Très souvent, sa demande est rejetée. L'autre problème, est le conventionnement avec les médecins privés. Ces derniers ne déclarent pas les tarifs réels. Cela ne les arrange pas. Même chose pour les cliniques privées qui empochent des millions de dinars sans déclarer un centime. L'argent est transporté dans des sacs, y compris lorsqu'il s'agit de payer leurs médecins.<sup>27</sup>

### **3. Les facteurs qui expliquent la hausse des tarifs dans le secteur privé**

Le développement du secteur privé s'est opéré selon la sacro-sainte règle de rentabilité financière. Les logiques et les mécanismes de son développement sont : la solvabilité des ménages assurée par la réduction de leur épargne sous forme monétaire ou capital non monétaire, l'option pour les activités «Médicovores», comme la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'ORL, la cardiologie, la chirurgie et récemment la procréation médicalement assistée (PMA). Les prix pratiqués dans ces espaces médicaux sont extrêmement élevés, conditionnés par 2 facteurs essentiels :

- Difficultés d'accès aux services de santé publique, où il faut des connaissances, plus les files d'attente et les rendez-vous éloignés, d'où l'incitation à se soigner dans le secteur privé.
- Le secteur public n'a pas connu de développement significatif pour répondre à une demande de santé en forte croissance, notamment pour les maladies émergentes. Ce sont les populations rurales et celles des régions du Sud, et il faut le reconnaître, les populations des quartiers défavorisés des villes, qui éprouvent des difficultés à accéder aux services spécialisés des hôpitaux publics en insuffisance criante d'équipements, de médecins spécialisés et de médicaments.<sup>28</sup>

### **4. Contraintes d'ordre comportemental**

Elles sont liées aux attitudes des médecins traitants face au conventionnement :

- Attitude corporatiste : la majorité de leurs confrères n'ont pas adhéré au dispositif,
- Certains ne refusent pas d'adhérer mais demandent un délai supplémentaire pour consulter leurs confrères,
- Atteinte à leur dignité lors du paiement du ticket modérateur (10 DA et 20 DA) par les ménages.

---

<sup>27</sup> Karima Mokrani « La contractualisation des soins toujours en gestation Près d'une dizaine d'années après l'élaboration du projet » ; travaux Publiés dans La Tribune le 23 - 06 – 2010.

<sup>28</sup> Caire G., « Economie de la protection sociale », Bréal édition, Paris, 2002

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

Voici quelques-unes des questions importantes que les médecins se posent suivi des réponses apportée par la CNAS :

- Les forfaits incluant les actes à la consultation sont insuffisants.

La convention est évolutive. L'avenant N°3 en est la preuve. Une révision à la hausse des tarifs a été effectuée.

- Pourrais-je résilier la convention si je le désire ?

Vous pouvez résilier la convention, l'article 36 de la convention le prévoit.

- Question du spécialiste : pourquoi c'est le généraliste qui oriente le malade vers le spécialiste ?

Le généraliste est chargé de l'organisation, du suivi médical du patient, sur la base de son dossier médical personnel.

C'est lui qui connaît le mieux son malade et l'oriente vers un spécialiste au mieux de ses besoins.

- Une fois la convention signée, quelle est le devenir des assurés sociaux qui n'ont pas adhéré au dispositif ?

Les assurés sociaux qui n'ont pas adhéré au dispositif continuent à être pris en charge par vos soins sans bénéficier du tiers payant. Ils paieront leur consultation selon le tarif que vous pratiquez habituellement.

- Le tarif des consultations est très insuffisant.

La convention est évolutive, preuve, depuis la mise en œuvre du dispositif en 2009, les tarifs de consultation, les montants forfaitaires des actes médicaux et le service honoraire du médecin relatif aux actes de prévention ont été révisés à la hausse par avenant, sans compter les majorations de 20% et de 50% selon les règles de prescription des médicaments.<sup>29</sup>

### **Section 3 : Les solutions proposées**

Pour un système plus performant, équilibré qui profite à tous nous avons proposés des mesures afin de répondre à ces insuffisances c'est l'augmentation des niveaux de remboursements des prestations auprès des établissements de santé conventionnés avec la sécurité sociale, en débutant par: (i) les examens radiologiques (inclus scanners et IRM) et (ii) les examens biologiques usuels tout cela en vue de réduire le poids de dépenses privées de santé cruciales pour une bonne prise en charge médicale pour les catégories sociales les plus faibles.

---

<sup>29</sup> Bertrand.D & Berard.A, « Dépenses de santé en économie de la santé » dans « traité de santé publique » de Bourdillon.F & Brucker. G & Tabuteau.D, édition Flammarion médecine- sciences, paris, 2004.

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

### **1. Description de la mesure**

La mesure consiste à :

- Mettre en place une commission réunissant le Ministère de la santé publique, les caisses de sécurité sociale (CNAS, CASNOS), gestionnaires du secteur privé et spécialistes des couts de la sante pour établir les niveaux de couts réels des examens radiologiques comme les scanners et IRM et les examens biologiques, ciblées comme indispensables à une médecine moderne de qualité et réalisés principalement dans le secteur privé et incontournable à court terme ;
- Augmenter les remboursements de la sécurité sociale auprès des établissements de santé et laboratoires d'analyse médicale conventionnés avec la sécurité sociale à des niveaux plus en rapport avec ces coûts ;
- Assurer un financement provisoire spécial des caisses de sécurité sociale par l'Etat pour faire face à l'impact financier ;
- Mettre en place une législation sanctionnant les cabinets privés refusant d'octroyer une facture aux patients pour chaque acte ou prestation réalisés.

Cette mesure n'est qu'un préalable à une réforme globale à long terme du système d'assurance maladie et de la santé publique (notamment des hôpitaux publics).

### **2. Justificatif de la mesure et impact attendu**

Le niveau de remboursement des frais médicaux par la sécurité sociale est devenu insuffisant par rapport au cout réel pour de nombreuses prestations de santé, aujourd'hui réalisées principalement dans le secteur privé. C'est notamment le cas des examens par scanner qui coûtent entre 5.000 et 18.000 dinars et ne sont remboursés qu'à hauteur de 1000 dinars.

Le décrochage entre les coûts réels et le niveau de remboursement par la sécurité sociale de ces prestations de santé se traduit par un coût financier excessif pesant sur les malades et leur famille (notamment ceux qui ont des pathologies lourdes) et une dégradation de la santé de la population car de nombreux malades renoncent ainsi à se soigner ou optent pour une médecine au rabais, créant un système de santé à deux vitesses, entre ceux qui peuvent payer et les plus vulnérables économiquement.<sup>30</sup>

En augmentant le remboursement par la sécurité sociale des scanners ou des analyses biologiques à des niveaux plus en rapport avec les couts réels, on permettra à un nombre plus

---

<sup>30</sup> « Augmenter les niveaux de remboursements des prestations auprès des établissements de santé conventionnés avec la sécurité sociale» disponible sur [Http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/mesures-court-terme/mesure-n-9/](http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/mesures-court-terme/mesure-n-9/),(consulté le 23-09-2017 à 20h40).

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

important de malades d'accéder à ces prestations indispensables à une médecine de qualité aujourd'hui. On se rapprochera également de l'objectif du gouvernement de prise en charge de 80% des dépenses de santé par la collectivité (contre 20% pour les malades), qui n'est pas atteint aujourd'hui.

Institutions en charge de la mise en œuvre : Ministère de la sante, Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale (barèmes de remboursement, financement des caisses de sécurité sociale) et Caisses de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) pour la mise en œuvre.<sup>31</sup>

### **3. Autres solutions qu'il faut prendre pour une telle situation**

Il est urgent d'alerter les décideurs politiques pour trouver des solutions adéquats au lieu de recourir systématique au privé. La solution passe par la refonte du système de l'assurance maladie où devront être révisés les tarifs et les taux de remboursement et un encadrement économique et financier du secteur privé permettant un contrôle rigoureux des prix pratiqués et de la qualité des services de santé prodigués.

Il faut également mettre en place rapidement un système élargi de conventionnement entre les organismes chargés de l'assurance maladie et les offreurs privés de soins avec application du tarif de référence qui, par le jeu de la concurrence, va stimuler leur adhésion au système de conventionnement.

Actuellement, le système de conventionnement est limité aux seuls produits pharmaceutiques et à l'hémodialyse, son élargissement aux soins devient urgent. Ce système, fonctionnant avec les officines du médicament, donne déjà de bons résultats et il y a urgence à l'élargir aux soins ambulatoires et hospitaliers. Par ailleurs, le ministère en charge de la Solidarité doit «débureaucratiser» les directions de l'action sociale des wilayas pour faciliter l'octroi des cartes CHIFA aux ménages nécessiteux.

Si des mesures ne sont pas rapidement prises, Il y a un danger réel qui menace de nombreuses familles nécessiteuses, de faibles conditions économiques. Il faut que le processus de précarisation, de ruine et d'endettement de familles économiquement vulnérables pour se soigner s'arrête. Encore plus grave, ce processus d'appauvrissement n'épargne même pas les assurés sociaux et leurs ayants droit. Toute l'organisation et le dispositif actuel doivent changer. Une réforme totale du dispositif de l'assurance maladie doit être rapidement engagée, sinon au rythme où vont les choses : croissance continue du secteur privé, pratique de prix exorbitants en dehors de toute logique économique et absence de

---

<sup>31</sup>Caisses Nationale des assurances sociale des travailleurs algérien ; « processus opérationnels mis en place par la CNAS dans le cadre du contrôle », édition 2014/2015.

### **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

l'encadrement économique-administratif des prix et interventions de santé, l'appauvrissement et la précarité des familles vulnérables pour cause de soins ira en s'aggravant.

Pour le secteur public, les efforts doivent porter sur le développement du management des hôpitaux et autres structures de santé et revenir de façon judicieuse au projet de la réforme hospitalière, dont le point nodal est le changement du statut des hôpitaux, actuellement Etablissement public à caractère administratif vers celui d'Etablissement public à gestion spécifique, qui donne plus d'autonomie de gestion.

La solution finale est la relance du projet de contractualisation, des rapports entre les établissements publics de santé et les organismes d'assurance maladie et les organismes de la solidarité. Ce dossier, qui était assez avancé jusqu'à 1998, a été subitement abandonné.<sup>32</sup>

La rente pétrolière et les importantes recettes à partir des années 2000 l'ont mis aux oubliettes mais maintenant que les perspectives sont défavorables avec la crise à l'horizon, la reprise du projet «Contractualisation» devient une urgence pour le développement d'un système de santé performant et équitable.

Le projet de loi relatif à la santé, qui va être débattu à l'APN, prévoit l'introduction d'un peu d'autonomie dans la gestion des établissements publics de santé, mais il est silencieux sur la manière d'encadrer le développement anarchique du secteur privé et de trouver un mécanisme de détermination de classes de prix raisonnables en dehors desquels il doit être sanctionné.<sup>33</sup>

Si rien ne se fait, le développement de la médecine à deux vitesses va en s'accroissant, créant des inégalités insupportables, un appauvrissement des plus démunis, car ce financement, qui vient réduire l'épargne des ménages et appauvrir les plus vulnérables d'entre eux, vient s'incruster dans la faille créée par l'insuffisance du financement solidaire qui se traduit par la grande faiblesse du mécanisme de l'assurance maladie et la faiblesse de l'encadrement du secteur privé dans sa pratique de prix très élevés.

---

<sup>32</sup> « Secret professionnel » disponible sur [Http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe/humanite/securite\\_sociale/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe/humanite/securite_sociale/site/html/cours.pdf) , (Consulté le 23-09-2017 à 20h40).

<sup>33</sup> « Régime de sécurité sociale algérien des non salariés » disponible sur

[Http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_algerie\\_nonsalaries.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_algerie_nonsalaries.html), (consulté le 23-09-2017 à 20h40).

## **Chapitre 3 : Les tarifs raisonnables de remboursements des actes médicaux**

---

### **Conclusion**

A la lumière de ce qui précède les hôpitaux conventionnés sont soumis à des contraintes qui leur imposent de développer le mode gestion. En effet, le renforcement des contraintes économiques, les mutations technologiques et l'évolution des besoins des patients leur exigent de mieux maîtriser leur performance. Dans ce contexte, le conventionnement constitue une opportunité pour mettre en œuvre les outils et les méthodes permettant de réaliser cet objectif.

En Algérie, le conventionnement est un nouveau mode de régulation pour freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins. Elle est ainsi conçue pour revoir les modalités de financement des structures publiques de soins (Hôpitaux publics), par les bailleurs de fonds (sécurité sociale), pour réguler les prix des actes médicaux sur le marché par de textes réglementaire. Il doit servir à mettre de l'ordre dans le secteur et permettre de clarifier les missions de l'ensemble de ses structures publiques et privées.

Cependant ce mécanisme connaît beaucoup de dysfonctionnement émanant de diverses sources dont les plus importantes sont : l'inégalité que ressort ce système dans la politique de remboursement des actes médicaux, la réticence des médecins libéraux à adhérer au système, les nouveaux tarifs de remboursement des actes médicaux sont toujours aussi faible, la non actualisation de la nomenclature des actes médicaux.... Pour répondre à ce problème les décideurs qui sont le ministère du travail et de l'emploi, les caisses de la sécurité sociale et les médecins libéraux doivent se concerter afin de trouver un consensus équitable pour tous.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons souhaité étudier les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale entre tarif standard et tarif raisonnable, le cas de la CASNOS de Tizi-Ouzou. Nous avons établi une revue de littérature qui permet de mettre en évidence les prestations effectués par les organismes de la sécurité sociale, plus précisément celui de la CNAS et la CASNOS.

Le système de sécurité sociale est un système déclaratif basé sur le recouvrement des cotisations pour le financement des prestations ainsi que les pensions de retraite. Il est fondé sur la solidarité intergénérationnelle ( la génération active cotise pour la génération inactif), et la répartition, couvrant pratiquement tous les risques professionnels défini par l'organisation international du travail (OIT), la retraite « assurance vieillesse » est prise en charge par la CARCOBATH, le chômage pour des raisons économiques est pris en charge par la CNAC , les soins médicaux, l'invalidité, le décès, la maladie, la maternité, les accident du travail et les maladies professionnels sont pris en charge par la CNAS et la CASNOS suivant le cas salariés, ou non-salariés.

Les taux de remboursements effectués par la CNAS et la CASNOS, sont de 80% et 100%, le remboursement des frais médicaux et de médicaments sont servis à l'assuré et à ses ayant droits, les frais d'actes médicaux sont remboursés quand la sécurité sociale délivre au préalable une prise en charge à l'assuré, les frais de séjour et de soin à l'occasion d'une hospitalisation dans les structures sanitaire publique, sont pris en charge sur la base des tarifs de référence.

Aussi les mécanismes de sécurité sociale font face à l'accroissement considérable des rubriques de leurs dépenses, pour certaines rubriques à l'exemple de l'augmentation des dépenses des produits pharmaceutiques, il s'agit de renforcer le contrôle médical afin de réduire ces dépenses ou de rendre la prescription des médicaments génériques une obligation aux médecins installés à titre privé et ce, en collaboration avec les pouvoirs publics.

Considéré pendant longtemps comme le principal bailleur de fonds du système de soins en Algérie, la sécurité sociale est constamment mise en difficulté aussi bien par les dépenses induites par le secteur privé que par celle du secteur public caractérisées par un accroissement exponentiels au fil des années et par la non maîtrise de ces dépenses par les médecins traitant chargés de prescrire des ordonnances aux assurés, ces derniers font des prescriptions à outrance et taxent des frais de consultation à des prix élevés dans le but de satisfaire leurs propres intérêts.

La nomenclature générale des actes professionnels, « NGAP » représente un instrument réglementaire servant à établir les tarifs remboursables des actes par les organismes de sécurité sociale mais elle constitue désormais une liste trop incomplète et trop imprécise d'actes médicaux en égard à l'évolution de la médecine spécialisée de plus en plus complexe. Par ailleurs la valeur monétaire de ces actes est devenue rapidement inadaptée par rapport à l'évolution du niveau de vie.

Les lacunes qu'elles comportent créent un climat délétère entre "gestionnaire" (organisme de sécurité sociale, gestionnaires des établissements publics et privés de santé) et le Corps des professionnels de santé. Cette situation a engendré l'abandon de son utilisation par les prestataires d'où l'absence d'évaluation des vrais tarifs de remboursement<sup>2</sup>. Pour répondre à ces insuffisances le ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale a lancé le conventionnement entre les caisses des organismes de la sécurité sociale et les médecins depuis 2008 dans certaines wilayas pilotes comme Annaba, Constantine, Oran et bien d'autres encore par la suite comme Bejaia, Boumerdes.etc

Tizi-Ouzou qui compte à peine 5 médecins conventionnés avec la CNAS DOCTEUR HADDAL (A SOUK EL HAD), Docteur LABACI (Beni douala), Docteur LAMAUI a (Ain el Hammam), Docteur SADDOUKI a (Souk al had), Docteur Mostefai (traumatologue) , Bien que l'acceptation de ce système par les professionnels de santé soit un réel combat, les caisses des organismes de la sécurité sociale continuent d'assurer la poursuite des efforts pour la concrétisation du projet visant sa généralisation à l'échelle nationale, arguant de la disponibilité des moyens financiers, humains mais aussi, de la volonté politique chez les dirigeants.

Toutefois, comme nous pouvons le constater, très peu de réalisations vont dans le sens de cet objectif national. Cela atteste de la persistance des résistances dans certaine wilaya particulièrement dans la wilaya de Tizi-Ouzou.<sup>2</sup> Aussi ces résistances découlent essentiellement des points suivant :

- Les nouveaux tarifs de remboursement des actes médicaux sont insuffisants, pour les médecins ;
- Les cliniques privées se refusent de voir les caisses s'immiscer dans la gestion de leur affaire ;
- Exclusion de la gratuité des soins pour les démunis.

---

<sup>2</sup>FILALIF & NEHAR.M, La nomenclature générale des actes professionnels « NGAP » et la nécessité de son actualisation, présenté pour le diplôme de post-graduation spécialisé ; option management de la sécurité sociale, directeur de mémoire Dr NEDJAH « directeur du contrôle médicale » CNAS, 2003/2005.

En tout état de cause, une étude actuarielle des actes médicaux, des remboursements et la revisitation des termes du système de conventionnement est primordial pour l'économie du pays et aussi pour le bien-être des citoyens algériens.

Au cours de la réalisation de notre travail nous avons été confrontés à plusieurs limites que nous énumérerons comme suite :

- Manque de documents, de références et de travaux de recherche traitant des remboursements selon les tarifs raisonnables, notamment en Algérie.
- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est que les prémices d'autres travaux plus approfondies sur le thème, car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées. Dans la même perspective, nous espérons que notre étude fera appel à d'autres recherches ultérieures portant sur :

- Le rôle du conventionnement pour un système de santé performant et équitable ;
- L'impact du conventionnement sur l'équilibre financier ;
- L'évaluation des coûts de la prise en charge des actes médicaux.

# Bibliographie

## Ouvrages

1. Bersmak Ariel G.Duru ; « Economie de la Santé : connaissance et pratique » ; 6ème Edition Elsevier Masson paris; Décembre 2007.
2. Bertrand D., « Consommation médicale et économie de la santé » in revue du praticien N° 53, paris, 2003.
3. Bertrand.D & Berard.A, « Dépenses de santé en économie de la santé » dans « traité de santé publique » de Bourdillon.F & Brucker. G& Tabuteau.D, édition Flammarion médecine- sciences, paris, 2004.
4. Caire G. , « Economie de la protection sociale », Bréal édition, Paris, 2002.
5. Castiel D., « Economie et santé quel avenir », Edition management sociale Paris, 1999.
6. Dr F. Binder- Foucard, Dr M. Velten, « économie de la santé », Module 06A, 2007.
7. DR TADJINE Rachid, « Guide de la sécurité sociale », Edition Dahlab, dépôt l'égalité 2/1998.
8. Grand et S. Kopel, « De la charité à la solidarité-origine de la protection sociale dans le monde ».
9. Hannouz M. & Khadir .M « Précis de la sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux », OPU, Alger, 1987.
10. LAMRI .L, « monographie de l'assurance maladie en Algérie », Tunis, Hammamet : 14 :16 novembre 2001.
11. LAMRI L. : « le système de sécurité sociale en Algérie ». Op cit, p.61. 18.
12. Mougeot M., « La régulation du système de santé », Edition la Documentation française, paris, 1997.
13. Thomas Souaidet, « la réforme du système de santé américain », Economica and nuance, 2011.
14. Xavier Prétot, Jacques du Peyroux ; « Droit de la sécurité sociale » ; 9ème Edition Dalloz ; Année 1975-2003.
15. Xavier Prétot, Jean-Jacques Dupeyroux, « Droit à la sécurité sociale », 9ème Edition Dalloz. Dépôt légale janvier 2008.

## Les mémoires et thèses

1. FILALI.F & NEHAR.M, La nomenclature générale des actes professionnels « NGAP » et la nécessité de son actualisation, présenté pour le diplôme de post-graduation spécialisé ; option management de la sécurité sociale, directeur de mémoire Dr NEDJAH « directeur du contrôle médicale » CNAS, 2003/2005.
2. Karima Mokrani « La contractualisation des soins toujours en gestation Près d'une dizaine d'années après l'élaboration du projet » ; travaux Publiés dans La Tribune le 23 - 06 – 2010.
3. Lamri L. ; « Système de santé Algérien » ; thèse, 1986.
4. MAHAMAT I .A, & NOUSSOURA. A, « La protection sociale en Algérie : Dispositifs mis en place pour lutter contre les risques », Mémoire de master en Economie de la Santé, sous la Direction de M<sup>r</sup> SALMI M. 2015-2016.
5. Thèse de doctorat de Mr SALMI Madjid, « Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle: Eléments pour une évaluation de la qualité des soins », 2009.

## Les articles et les revus

1. Abedalkadir R., article sur «L'historique de la Sécurité Sociale en Algérie », le 22 juin. 2014 dans l'assistant sociale, étudiant assistant social INFSPM D'Alger.
2. Décret 84 /27 du 11-02-84, fixant les modalités d'application du titre II de la loi 10 n°, 83-11 du 02-07-83 relative aux assurances sociales.
3. DJAMEL A., « Revue algérienne au travail », L'institut National Du Travail ; in revue algérienne du Travail 1ers trimestre 2002.
4. Institut National Du Travail, « document sans titre » coordination A.OUCHEN, PAO, R.LAZIZI ; 1ers trimestre 2002, éditée par L'institut National Du Travail, in Revue algérienne du Travail.
5. kaddar.M « les rapports entre la sécurité sociale et le système de soin en Algérie » in revue du CREAD n°19, 3éme trimestre 1989.
6. MARIE-France G., « Rôle de la sécurité sociale en Algérie » in revue CREAD n°2, 2ème trimestre 1984.
7. MEROUANIW & HAMMOUDA « Le système algérien de la protection sociale » : entre bismarckien et Beveridgien », in revue Cread 2014 n°107 à 108.

8. OUFRIHA F.Z., « Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie », in revue CREAD n°22, 2ème trimestre 1990.
9. Simon Brimblecombe & Ian Orton, & Guillaume Filhon « Évolution de la sécurité sociale dans le monde : état des lieux et dynamique »; École nationale supérieure de Sécurité sociale, mars 2014/1 N° 45 .

## Documents ministériels et administratifs

1. « Etendu de la sécurité des non-salariés », Caisse National De Sécurité Social Des Non-salariés, Manuel destiné à la Direction des Prestations, février 1998.
2. « La sécurité sociale en Algérie » Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, institut national de travail ; établissement public à caractère industriel et commercial, (route de sidi lakhhal B.P.N.S sebbala draria Alger).
3. « Manuel Des Prestations », Caisses Nationale Des Assurances Sociale Des Non-salariés, JUIN 1998.
4. Agence CNAS de Tizi Ouzou, document sans titre.
5. BEN YETTOU S. & GHOUALI T., « Une étude prévisionnelle des recettes et des dépenses de la branche, assurance sociale », cas de la CNAS, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, institut national de la planification de la statistique, encadré par ; MR BESSA .année 2003.2004.
6. Caisse Nationale des assurances des non-salariés, manuel sur « le Contrôle Médical ».
7. Caisses Nationale des assurances sociale des travailleurs algérien ; « processus opérationnels mis en place par la CNAS dans le cadre du contrôle » .édition 2014/2015.
8. Directeur des Prestations de la sécurité sociale des non-salariés, « Organisation Administrative et Couverture Sociale », Novembre 1997.
9. Document sur « le conventionnement entre la CNAS et les médecins traitant » au niveau de la Direction générale de la CNAS de Tizi-Ouzou.
10. Institut nationale de travail ; « Droit de la sécurité sociale » ; recueil de teste législatif et règlementaire, sécurité sociale ; édition 1997.
11. Le service des prestations « CASNOS », document sans titre.
12. Manuel des prestations, document sans titre, CNAS ; 1999.
13. Manuel sans titre au niveau de la Direction générale de la CNAS d'Alger.

14. Manuel sur la Nomenclature Générale Professionnelle des Actes Médicaux, décembre 1987.
15. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ;Manuel sur la « présentation du système de sécurité sociale en Algérie », 2010.
16. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, « la sécurité sociale en Algérie », année 2010.

### **Textes réglementaires**

1. Art 4 du décret n° 85- 35 du 9 février 1985 relatif à la sécurité à la sécurité sociale des personnes exerçant une activité professionnelle non salariée.
2. Article 3 du décret 96/434 du 30-11-1996 modifiant et complétant le décret 85-35, Article n°4 et 5 du décret 85-35 du 09 février 1985, art 33 et 34 de la loi 83/12 du 02 juillet 1983.
3. Article 59 de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales ; article 04 du décret N°84 -27 du 11-02-1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi N°83-11 du 02-07-1983 relative aux assurances sociales
4. Articles 23 (chapitre 1) ,24 ,26 et 27 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983relative aux assurances sociales, JORA N°28 du 05/07/1983.
5. Articles 23 (chapitre 1) ,24 ,26 et 27 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
6. Articles 8 et 9 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiés et complétés respectivement par les articles 4 et 5 de l'ordonnance 96/17 du 06/07/1996.
7. Contrôle médical des structures hospitalières publiques - l'article 04 du décret 04/101 du 01 avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale.
8. Décret exécutif n°09-116 du 07 avril 2009 définissant les relations entre l'organisme de sécurité sociale et le médecin généraliste.
9. JORA N°34-1997 modifier et compléter par arrêté du 5 dhou el kaada 1427 correspondant au 26 novembre 2006 (JORA n°16-2007).
10. Le décret 92/284 du 08 juillet 1992 relative à l'enregistrement des produits pharmaceutiques.
11. Les prestataires de soins, l'article 13 du décret 05/171 du 07 mai 2005 fixant les conditions de fonctionnement de contrôle médical.

12. Loi 85-05 du 16 février 1 relative à la protection et à la promotion de la santé p.122.
13. Loi de 1983 relative aux assurances sociales, « la période d'un système de sécurité sociale unifié ».
14. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 03 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité alinéa 1<sup>er</sup> du décret n°15-289.
15. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 22 du décret n°15-289 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.
16. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 11 du décret n°85-34 du 9/02/1985, relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.
17. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, article 34 de la loi n°83-12 relatif aux modalités de service des prestations de l'assurance invalidité.
18. Ministre du commerce, décret n°93/115 du 12 mai 1993 relatif aux modalités de détermination des structures des prix.

## **Conférences**

1. Conférence de M<sup>er</sup> « ABOU HAMOU MOUSSA Mohamed ».
2. Conférence de M<sup>er</sup> Nacer SAIS Directeurs Générale des assurances « SAA » ; l'intitulé : Le Marché des Assurances en Algérie « évolution et perspectives » ; 2017
3. Séminaire national « un partenariat solide pour une meilleure prise en charge sanitaire des assurés sociaux »tenu au centre familiale de Ben Aknoun.

## **Site internet**

1. "Lancement du conventionnement avec les médecins traitants" disponible sur [http://www.djazairess.com/fr/lemaghreb/16744\(consulté à 00h48, le 18-09-2017-09\)](http://www.djazairess.com/fr/lemaghreb/16744(consulté à 00h48, le 18-09-2017-09)).
2. "Controle médical: conventionnement du médecin traitant", disponible sur [Http://www.cnas.dz/?q=fr/controlle-medical/conventionnement-du-medecin-traitant\(consulté le 18/09/2017 à 23H42\)](Http://www.cnas.dz/?q=fr/controlle-medical/conventionnement-du-medecin-traitant(consulté le 18/09/2017 à 23H42)).
3. « Augmenter les niveaux de remboursements des prestations auprès des établissements de santé conventionnés avec la sécurité sociale» disponible sur [Http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/mesures-court-terme/mesure-n-9/\(consulté le 23-09-2017 à 20h40\)](Http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/mesures-court-terme/mesure-n-9/(consulté le 23-09-2017 à 20h40)).

4. « Conventions et accords internationaux » disponible sur <https://medecinelegale.files.wordpress.com/2015/09/f2009070.pdf> (consulté à 01h00 le 19-09-2017).
5. « Cotisation sociale » disponible sur <https://www.casnos.dz> (consulté le 03/10/2017 à 18 :03).
6. « Historique de la sécurité sociale » disponible sur <https://casnos.com.dz/historique/> (consulté le 24/09/2017 à 17h27).
7. « Imposer des prix raisonnables au secteur privé », article rédigé par Lamri-larbi, disponible sur <http://www.algerie-infos-saoudi.com/2016/12/santéLamri-larbi-imposer-des-prix-raisonnables-aux-secteur-privé.html>, (consulté le 19/09/2017 à 15h10).
8. « L'arrêté inter Ministériel du 04 février 1996, relative aux modalités d'apposition de vignettes adhésives », disponible sur <https://fr.slideshare.net/moulai/arrte-du-04-fevrier-1996-rapport-aux-modalits-dapposition-de-vignettes-adhsives> 20 févr. 2014, (consulté le 16/09/2017 19h25).
9. « Le principe de répartition », disponible sur <http://salaries.carsat-aquitaine.fr> (consulté le 27/09/2017 à 21h59).
10. « Les prestations médicales loin du réel », article disponible sur <http://sahti-dz.com/portail/tarifs-prestations-medicales-loin-reel/>, (consulté le 18/09/2017 à 00H00).
11. « Organisation de la CASNOS », disponible sur <https://casnos.com.dz/organisation/>, (consulté le 29/08/2017 à 13h10).
12. « Présentation de la CNAS » disponible sur <http://www.cnas.dz/?q=fr/presentation-de-la-cnas> (consulté le 12/10/2017 à 15h52).
13. « Que ce la protection sociale » disponible sur <http://www.fr-Vie-publique> (consulté le 27 /09/2017 à 19h39).
14. « Régime de sécurité sociale algérien des non salariés » disponible sur [Http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_algerie\\_nonsalaries.html](Http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_algerie_nonsalaries.html)., (consulté le 23-09-2017 à 20h40).
15. « Remboursement des médicaments », disponible sur <https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F21760>, (consulté le 17/10/2017 à 12h05).

16. « Secret professionnel » disponible sur [Http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe humanité/s curite\\_sociale/site/html/cours.pdf](Http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe%20humanite/s%C3%A9curite_sociale/site/html/cours.pdf) ,(consulté le 23-09-2017   20h40).
17. « Vignettage avec code barre sera lancé prochainement », disponible sur [http://www.cci-sahel.dz/reglementation/les%20liens/Sante/D\\_cret\\_ex\\_cutif\\_92-284.pdf](http://www.cci-sahel.dz/reglementation/les%20liens/Sante/D_cret_ex_cutif_92-284.pdf), (consulté le 16/09/2017,16h59).
18. « Villes pilotes conventionnées » disponible sur [www.vitamedz.org](http://www.vitamedz.org) (consulté à 00h47 le 17/10/2017).
19. «Historique des Prestations offertes par la CASNOS » disponible sur <https://casnos.com.dz/historique/> (consulté le 24/09/2017 a 17h27).
20. Article sur “Avantage du nouveau dispositif de conventionnement du médecin traitant”, disponible sur <http://www.algerie-focus.com/2010/10/cnas-avantages-du-nouveau-dispositif-de-conventionnement-du-medecin-traitant/>, (consulté à 00H13, le 18/09/2017).
21. Article sur « le conventionnement entre la CNAS et les médecins libéraux », disponible sur <http://medlib.over-blog.org/article-conventionnemnt-cnas-medecins-liberaux-51013322.html> (consulté à 23H32, le 18/09/2017).
22. Caisse Nationale D’assurances Sociale (CNAS) : « Historique et missions de la sécurité sociale en Algérie » disponible sur [http://www.mtess.gov.dz/mtss\\_fr\\_N/CNAS.htm](http://www.mtess.gov.dz/mtss_fr_N/CNAS.htm), (consulté le : 13/10/2017).
23. Définition de convention, disponible sur [http://www.larousse.fr/definition\\_de\\_convention/](http://www.larousse.fr/definition_de_convention/) (consulté le18-09-2017 21h35).
24. JORA, arrêté ministériel du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de références servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre, disponible sur <http://www.joradp.dz/jo2000/2006/002/FP20.pdf>, (consulté le 16/092017, 20h17).

---

# *Annexes*

---

# LISTE DES MÉDICAMENTS DONT LE TARIF DE RÉFÉRENCE SERA APPLICABLE 13-10-2016

	MÉDICAMENT	DCI	DOSAGE	COND	TARIF
1	ARICEPT	CHLORHYDRATE DE DONEPEZIL	5 MG	BTE/28	3 780.00
2	ARICEPT	CHLORHYDRATE DE DONEPEZIL	10 MG	BTE/28	4 060.00
3	CLOTASOL	CLOBETASOL, PROPIONATE	0,05%	T/45G	368.55
4	VOTREX RAPID	DICLOFENAC,POTASSIUM	50 MG	BTE/10 SACH	150.00
5	DOZYCEPT	DON,P,ZIL ( SOUS FORME CHLORHYDRATE)	5MG	BTE/28	3 780.00
6	DOZYCEPT	DON,P,ZIL ( SOUS FORME CHLORHYDRATE)	10MG	BTE/28	4 060.00
7	ARIDONE HUP	DON,P,ZIL S/F DE CHLORHYDRATE	5MG	B/28	3 780.00
8	ARIDONE HUP	DON,P,ZIL S/F DE CHLORHYDRATE	10MG	B/28	4 060.00
9	DOPEZIL	DON,P,ZIL S/F DE CHLORHYDRATE	5MG	BTE/30	4 050.00
10	CERVEX	DON,P,ZIL,S/F DE CHLORHYDRATE	5MG	B/30	4 050.00
11	DOPEZIL 10MG	DON,P,ZIL,SOUS FORME DE CHLORHYDRATE	10MG	B/30	4 350.00
12	DONEPEZIL BEKER	DONEPEZIL CHLORHYDRATE	5MG	BTE/30	4 050.00
13	DONEPEZIL BEKER	DONEPEZIL CHLORHYDRATE	10MG	BTE/28	4 060.00
14	DORICEPT	DONEPEZIL, CHLORHYDRATE	5 MG	BTE/30	4 050.00
15	DORICEPT	DONEPEZIL, CHLORHYDRATE	10 MG	BTE/30	4 350.00
16	DONCEPT	DONEPEZIL,CHLORHYDRATE	5 MG	BTE/30	4 050.00
17	DONCEPT	DONEPEZIL,CHLORHYDRATE	10 MG	BTE /30	4 350.00
18	SYNOSIA	DONEPEZIL,CHLORHYDRATE	5 MG	BTE/30	4 050.00
19	SYNOSIA	DONEPEZIL,CHLORHYDRATE	10 MG	BTE/30	4 350.00
20	DEMENTILE	DONEPEZIL,CHLORHYDRATE	10 MG	BTE/30	4 350.00
21	APROVASC	IRBESARTAN/AMLODIPINE, BESILATE EXP EN AMLODIPINE	150 MG/5MG	BTE/30	1 650.00
22	APROVASC	IRBESARTAN/AMLODIPINE,BESILATE EXP EN AMLODIPINE	300 MG/5MG	BTE/30	1 650.00
23	APROVASC	IRBESARTAN/AMLODIPINE,BESILATE EXP EN AMLODIPINE	300 MG/10 M	BTE/30	1 650.00
24	BIOCETAM	LEVETIRACETAM	1000 MG	BTE/60	6 180.00

25	XYCARE	LEVOCETIRIZINE,DICHLORHYDRATE	5 MG	BTE/14	84.00
26	XYCARE	LEVOCETIRIZINE,DICHLORHYDRATE	5 MG	BTE/28	168.00
27	PHYSIOPHORMINE	METFORMINE, CHLORHYDRATE	1000 MG	BTE/30 SACH	173.40
28	PHYSIOPHORMINE	METFORMINE,CHLORHYDRATE	850 MG	BTE/30 SACH	147.60
29	ZYPREXA	OLANZAPINE	5	B/28	2 800.00
30	ZYPREXA	OLANZAPINE	10	B/7	1 400.00
31	ZYPREXA	OLANZAPINE	10	B/28	5 600.00
32	ANZAPINE	OLANZAPINE	10MG	B/7	1 400.00
33	ZYPREXA VELOTAB	OLANZAPINE	10MG	B/28	5 600.00
34	PSYCHOLANZ	OLANZAPINE	10MG	B/7	1 400.00
35	REXAPIN	OLANZAPINE	10MG	B/7	1 400.00
36	ANZAPINE	OLANZAPINE	10MG	B/28	5 600.00
37	ANZAPINE - ORO	OLANZAPINE	10MG	B/30	6 000.00
38	ZOLAMPINE	OLANZAPINE	5MG	B/30	3 000.00
39	ANZAPINE	OLANZAPINE	5MG	B/30	3 000.00
40	ZOLAMPINE	OLANZAPINE	10 MG	B/30	6 000.00
41	OLANZEX	OLANZAPINE	10MG	B/30	6 000.00
42	OLANZA	OLANZAPINE	5MG	BTE/07	700.00
43	OLANZA	OLANZAPINE	5MG	BTE/28	2 800.00
44	ZAPINAL	OLANZAPINE	10MG	BTE/30	6 000.00
45	ZOLAMPINE	OLANZAPINE	10MG	BTE/30	6 000.00
46	VAINCOR 10MG	OLANZAPINE	10MG	BTE/07	1 400.00
47	VAINCOR 10MG	OLANZAPINE	10MG	BTE/28	5 600.00
48	OLANZA	OLANZAPINE	10MG	BTE/28	5 600.00
49	OLANZA	OLANZAPINE	10MG	BTE/07	1 400.00
50	LANZAPREX	OLANZAPINE	10MG	BTE/30	6 000.00
51	SCHIZOPIN	OLANZAPINE	10MG	B/30	6 000.00
52	OLZANID	OLANZAPINE	10MG	B/30	6 000.00
53	LANZAPREX	OLANZAPINE	5MG	BTE/30	3 000.00
54	LANZAPREX	OLANZAPINE	10MG	BTE/30	6 000.00
55	SCHIZOPIN	OLANZAPINE	5 MG	B/30	3 000.00
56	OLANZA ORO	OLANZAPINE	10 MG	BTE/28	5 600.00
57	OLANZAPINE MM	OLANZAPINE	10MG	BTE/07	1 400.00

58	OLANZAPINE MM	OLANZAPINE	10MG	BTE/28	5 600.00
59	ZYPREXA VELOTAB	OLANZAPINE	5MG	BTE/28	2 800.00
60	ZAPINAD	OLANZAPINE	10 MG	BTE/28	5 600.00
61	PSYCHOLANZ ODT	OLANZAPINE	5MG	BTE/30	3 000.00
62	PSYCHOLANZ ODT	OLANZAPINE	10MG	BTE/30	6 000.00
63	OLANZAPINE NAD	OLANZAPINE	10 MG	BT/28	5 600.00
64	PSYCHOLANZ ODT	OLANZAPINE	10 MG	BTE/07	1 400.00
65	NOVAPREXA	OLANZAPINE	10 MG	BTE/30	6 000.00
66	NOVAPREXA	OLANZAPINE	10 MG	PILULIER DE	6 000.00
67	OLANZA ORO	OLANZAPINE	5 MG	BTE/30	3 000.00
68	OLPREXA	OLANZAPINE	10 MG	BTE/30	6 000.00
69	NAUSETRON	ONDANSETRON	16 MG	BTE/02	1 350.00
70	PARACETAMOL BIO CARE	PARACETAMOL	1000 MG	BTE/08 SACH	40.00
71	SELOPRESS	QUETIAPINE, FUMARATE EXPRIME EN QUETIAPINE	25 MG	BTE/06	100.08
72	SELOPRESS	QUETIAPINE, FUMARATE EXPRIME EN QUETIAPINE	25 MG	BTE/60	1 000.80
73	SELOPRESS	QUETIAPINE, FUMARATE EXPRIME EN QUETIAPINE	100 MG	BTE/60	2 040.60
74	SELOPRESS	QUETIAPINE, FUMARATE EXPRIME EN QUETIAPINE	300 MG	BTE/60	6 121.80
75	RISPERDAL	RISPERIDONE	1MG	B/60	1 860.00
76	RISPERDAL	RISPERIDONE	2MG	B/60	4 140.00
77	RISPERDAL	RISPERIDONE	4MG	B/30	3 150.00
78	RESPIROX	RISPERIDONE	4MG	B/20	2 100.00
79	RESPIROX	RISPERIDONE	1MG	B/20	620.00
80	RESPIROX	RISPERIDONE	2MG	B/20	1 380.00
81	RISPERONE	RISPERIDONE	1MG	B/60	1 860.00
82	RISPERONE	RISPERIDONE	2MG	B/60	4 140.00
83	RISPERONE	RISPERIDONE	4 MG	B/30	3 150.00
84	RIPERAL	RISPERIDONE	1MG	BTE/30	930.00
85	RIPERAL	RISPERIDONE	4MG	BTE/30	3 150.00
86	RISPAL	RISPERIDONE	4MG	BTE/30	3 150.00
87	RISPAL	RISPERIDONE	1MG	BTE/60	1 860.00
88	RIPERAL	RISPERIDONE	2MG	BTE/30	2 070.00
89	RISPAL	RISPERIDONE	2MG	BTE/60	4 140.00
90	RIPSYZEN	RISPERIDONE	1MG	BTE/60	1 860.00

91	RIPSYZEN	RISPERIDONE	2MG	BTE/60	4 140.00
92	RIPSYZEN	RISPERIDONE	4MG	BTE/30	3 150.00
93	RISPERIDONE BEKER	RISPERIDONE	4 MG	BTE/30	3 150.00
94	RISPERIDONE BEKER	RISPERIDONE	2 MG	BTE/60	4 140.00
95	RIPSYZEN	RISPERIDONE	1MG	BTE/30	930.00
96	RIPSYZEN	RISPERIDONE	2 MG	BTE/30	2 070.00
97	RISPERNAD	RISPERIDONE	1 MG	BTE/60	1 860.00
98	RISPERNAD	RISPERIDONE	4 MG	BTE/30	3 150.00
99	RISPERNAD	RISPERIDONE	2 MG	BTE/60	4 140.00
100	RISPERIDONE BGL	RISPERIDONE	1MG	BTE/30	930.00
101	RISPERIDONE BGL	RISPERIDONE	4MG	BTE/30	3 150.00
102	RISPERIDONE BGL	RISPERIDONE	2MG	BTE/30	2 070.00
103	RISPERIDONE BEKER	RISPERIDONE	1MG	BTE/30	930.00
104	RISPERIDONE BEKER	RISPERIDONE	1MG	BTE/60	1 860.00
105	RISPEED	RISPERIDONE	2 MG	BTE/30	2 070.00
106	RISPEED	RISPERIDONE	4 MG	B/30	3 150.00
107	RISPERIDONE BEKER ORO	RISPERIDONE	2 MG	BTE/60	4 140.00
108	RISPERIDONE BEKER ORO	RISPERIDONE	4 MG	BTE/30	3 150.00
109	PSYDAL ODT	RISPERIDONE	4 MG	BTE/40	4 200.00
110	PSYDAL ODT	RISPERIDONE	2 MG	BTE/60	4 140.00
111	RISPEED	RISPERIDONE	1MG	BTE/30	930.00
112	PSYDAL ODT	RISPERIDONE	1 MG	BTE/60	1 860.00
113	RIVASTI	RIVASTIGMINE, HYDROGENOTARTRATE EXP RIVASTIGMINE	3 MG	BTE/30	1 838.10
114	RIVASTI	RIVASTIGMINE, HYDROGENOTARTRATE EXP RIVASTIGMINE	4,5 MG	BTE/30	1 904.70
115	RIVASTI	RIVASTIGMINE, HYDROGENOTARTRATE EXP RIVASTIGMINE	1,5 MG	BTE/30	1 747.50

**SNAPO/BUREAU D'OUM EL BOUAGHI**

**Remerciement.**

**Dédicaces.**

**Sommaire.**

**Liste des abréviations.**

<b>Introduction générale .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre I : Présentation et missions de la sécurité sociale en Algérie</b>	
<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>I-Historique de la sécurité sociale dans le monde et en Algérie .....</b>	<b>8</b>
<b>1-Historique de la sécurité sociale dans le monde .....</b>	<b>8</b>
1-1-La sécurité sociale comme élément de la protection sociale.....	14
1-2-La sécurité sociale : un système de redistribution des revenus.....	15
1-3-Les principes inhérent au système de la sécurité sociale .....	15
<b>2-Historique de la sécurité sociale en Algérie .....</b>	<b>16</b>
<b>II-Les composantes de la sécurité sociale en Algérie.....</b>	<b>20</b>
<b>1-Rôle de la sécurité sociale dans le bien être de la population .....</b>	<b>20</b>
2-Les caisses des organismes de la sécurité sociales .....	21
3-Organisation et fonctionnement de la CNAS et CASNOS.....	23
3.1 Organisation de La CASNOS et la CNAS .....	23
3.2 Fonctionnements de la CASNOS et la CNAS.....	26
<b>III- Les principales missions de la sécurité sociale .....</b>	<b>27</b>
<b>1-La Caisse National Des Retraites « CNR » .....</b>	<b>27</b>
2-La Caisse Nationale D'assurance Chômage (CNAC).....	27
3- La CACOBATH.....	28
4-La Caisses Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS).....	28
5- Mission de La Caisse Nationale D'assurance Sociale des Non- Salariés de la « CASNOS ».....	29
Conclusion.....	31

## **Chapitre II : Les remboursements opérés par les caisses des organismes de la sécurité sociale**

<b>Introduction .....</b>	<b>32</b>
<b>I- Les différentes prestations .....</b>	<b>32</b>
1- Prise en charge des soins ou prestations en nature.....	32
2- Les prestations en espèces .....	33
3- Les prestations familiales .....	34
4- Les remboursements pris en charge par les deux caisses « CNAS, CASNOS .....	35
4-1 L'assurance maladie .....	35
4-1-1 Elargissement du système du tiers payant.....	36
4-1-2- Ticket modérateur.....	39
4-2 L'assurance maternité.....	39
4-3 L'assurance invalidité.....	40
4-3-1 Pension d'invalidité directe.....	40
4-3-2 Modalité de prise en charge des dossiers de demande de pension d'invalidité .	40
4-3-3 Modalité de calcul de pension d'invalidité .....	42
4-4 Les accidents de travail et maladies professionnelles.....	43
4-5 Assurancevieillesse (retraite) .....	44
5-L'assurance décès .....	45
<b>II-Le contrôle médical.....</b>	<b>46</b>
<b>1- Missions du contrôle médical .....</b>	<b>46</b>
2- Nécessité du contrôle médical.....	48

<b>III- Les tarifs de références.....</b>	<b>49</b>
1- Le vignettage.....	50
2- Médicaments remboursable.....	50
3- La mise en œuvre des tarifs de référence par les organismes de la sécurité sociale.....	52
4- Les Officines Pharmaceutiques Conventionnées.....	52
5- Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, dentiste, pharmaciens et auxiliaires médicaux .....	53
5-1 Pour le cas particulier des consultations et visites.....	53
5-2 Notion d'un acte médical.....	54
6- Les insuffisances liées au tarif de référence.....	55
<b>Conclusion .....</b>	<b>56</b>

### **Chapitre III : Les tarifs de raisonnables**

<b>Introduction.....</b>	<b>57</b>
<b>I-Le conventionnement.....</b>	<b>57</b>
1-L'Objectif de la convention .....	60
2-Rémunérations .....	61
3-Les tarifs des prestations médicales loin du réel.....	62
4-Absence de contrôle de l'Etat sur le secteur Privé .....	63
5-conventionnement CNAS et les laboratoires pharmaceutiques.....	64
6-Lancement du portail web par la Caisse nationale des assurances sociales (CNAS).....	66
7- Conventionnement en France.....	67
7-1 Prescription par un professionnel de santé et le pharmacien .....	68
7-2 Classification des médicaments.....	69
<b>II- Insuffisancesdu conventionnement.....</b>	<b>71</b>
<b>1-Le secteur informel .....</b>	<b>71</b>
2-Promouvoir l'adhésion des commerçants au projet du conventionnement.....	72
3-Les facteurs qui expliquent la hausse des tarifs dans le secteur privé.....	73
4- Contraintes d'ordre comportemental.....	73
<b>III- Les solutions proposées .....</b>	<b>74</b>
<b>1-Description de la mesure.....</b>	<b>74</b>
2-Justificatif de la mesure et impact attendu.....	75
3- Autres solutions qu'il faut prendre pour une telle situation.....	76
<b>Conclusion.....</b>	<b>78</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliographie.</b>	
<b>Annexes.</b>	