

UNIVERSITE A-MIRA DE BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION

Département des Sciences Economiques

Mémoire

En vue de l'obtention du diplôme

de Magister en Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

**Le financement de l'assurance maladie en Algérie et
perspectives de réformes : références à des expériences
étrangères.**

Sous la direction de:
Pr. BRAHAMIA Brahim

Présenté par :
NAIT SAADA Souaad

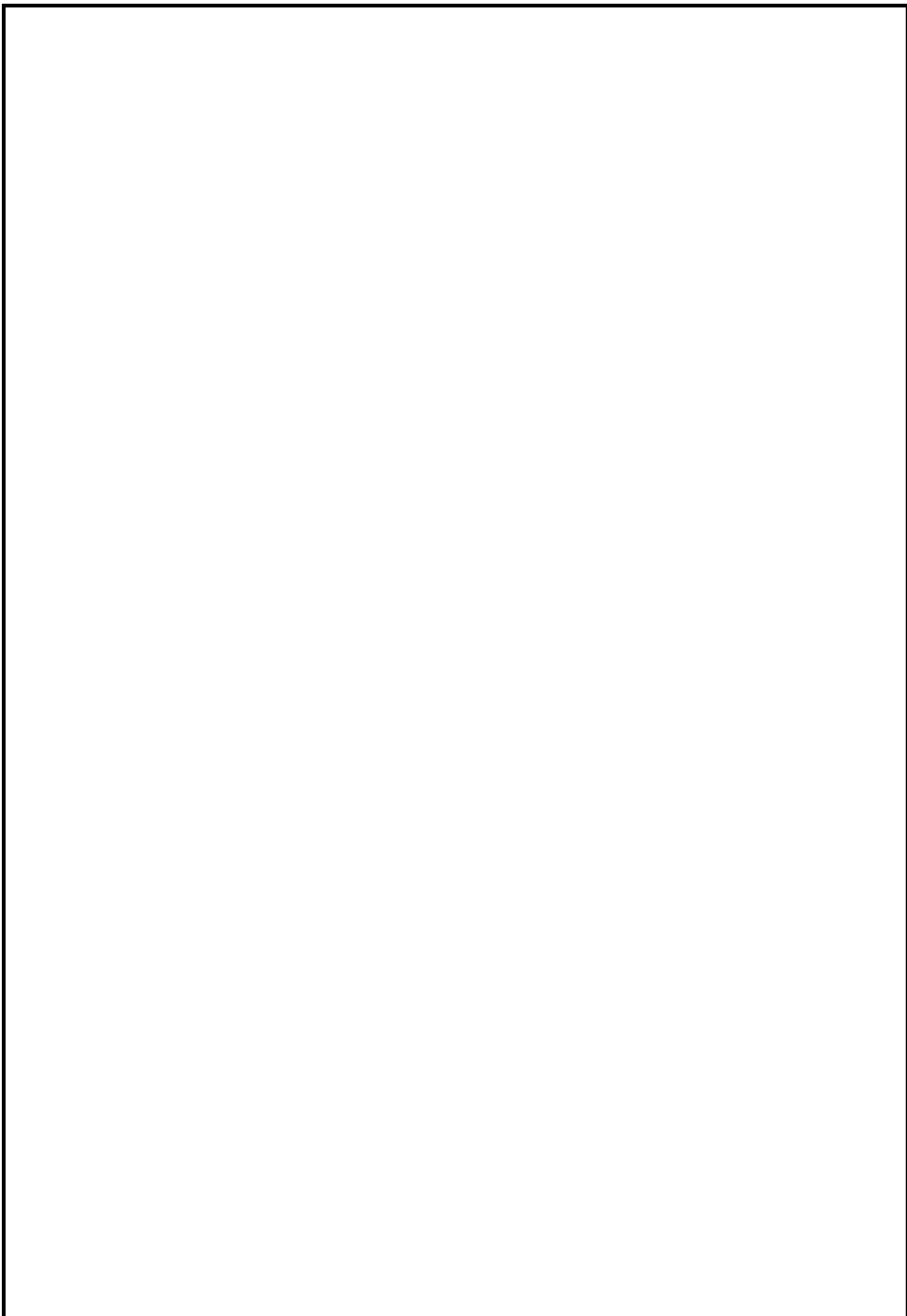
Jury de soutenance :

Président : Pr. KAID TLILANE Nouara, Université de Bejaia.

Rapporteur : Pr. BRAHAMIA Brahim, Université de Constantine.

Examineur : Pr. KHERBACHI Hamid, Université de Bejaia.

Avril 2013



Dédicaces

*Je dédie ce travail à mes chers parents , mon mari, ma fille, mes frères
et sœurs et à tous mes amis (es)*

Remerciements

Ce travail est le fruit d'un long processus d'apprentissage qui a bénéficié de la coopération de plusieurs personnes qui ont bien aimé me soutenir. Toutes ces bonnes volontés méritent d'être gratifiées.

*Je tiens d'abord à remercier vivement mon directeur de mémoire **Pr. BRAHAMIA Brahim** pour sa disponibilité, ses précieux conseils et qui m'a toujours encouragé et manifesté sa confiance dans mes réflexions et mes analyses tout au long de ce travail.*

*Dans le même sillage, je voudrais aussi exprimer ma profonde reconnaissance à Madame le Professeur **KAID TLILANE Nouara** (responsable de la formation : Economie de la santé et développement durable) d'avoir répondu toujours favorablement à nos appels et à nos interrogations.*

Mes remerciements vont également aux membres de jury, qui m'ont fait l'honneur d'évaluer et de critiquer objectivement ce travail. Leurs pertinentes remarques sont des véritables clés de l'amélioration de la qualité de ce travail. Enfin, je remercie tous ceux qui ont contribué, directement ou indirectement, à rendre cette ambition réalité et que je n'ai pas pu citer nommément.

PLAN	01
DEDICACES	02
REMERCIEMENTS	03
LISTE DES ABREVIATIONS	04
SOMMAIRE	05
INTRODUCTION GENERALE	06
CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL ET ORGANISATIONNEL DE L'ASSURANCE MALADIE	07
Introduction	
CADRE CONCEPTUEL DE L'ASSURANCE MALADIE	08
LE SYSTEME DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE EN ALGERIE	18
L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE	25
Conclusion	33
CHAPITRE 2 : LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE	
Introduction	34
I-LE CADRE REGLEMENTAIRE DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	35
II. ETAT DES LIEUX DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE	38
III-L'EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE DES ORGANISMES DE L'ASSURANCE MALADIE	53
Conclusion	67
CHAPITRE 3 : REVUE DE NOUVELLES REFORMES DES	

ASSURANCES ETRANGERES (FRANCE, ALLEMAGNE, BELGIQUE, RUSSIE)	68
Introduction	
I. LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS	68
II. LE SYSTEME DE SANTE ALLEMAND	77
III. LE SYSTEME DE SANTE BELGE	84
IV. LE SYSTEME DE SANTE RUSSE	91
Conclusion	100
CHAPITRE 4 : LE POTENTIEL D'APPLICATION DES REFORMES ETRANGERES EN ALGERIE	101
Introduction	101
LE GENERIQUE	101
II. LE SYSTEME DU TIERS PAYANT	111
III. LA CARTE CHIFA	116
IV. LE MEDECIN TRAITANT	119
V. L'ANGAP	124
VI. LA CONTRACTUALISATION	127
Conclusion	131
CONCLUSION GENERALE	132
ANNEXES	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
TABLE DES MATIERES	

LISTE DES ABREVIATIONS

ACV : accidents cardiovasculaires

ANGAP : L'Actualisation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

AS : assurances Sociales

BIT : Bureau International du Travail

CA : Le conseil d'administration

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

CADES : caisse d'amortissement de la dette sociale

CASNOS : Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés

CHU : Centres Hospitalo-universitaires

CMU : couverture maladie universelle

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale

CNASAT : la caisse des assurances sociale et des accidents du travaille

CNES : Conseil National Economique et Social

CNR : Caisse National des Retraites

CSG : Contribution sociales Généralisés

DA : Dinar Algérien

DCI : Dénomination Commune Internationale

DNS : Dépenses Nationales de santé

DRG : groupes de diagnostics homogènes

DTS : Dépenses Totales de Santé

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé

EUR : Euro

FFOMS : Fond Fédéral d'Assurance Maladie Obligatoire

HMO : Health Maintenance Organisation

HTA : L'hypertension artérielle

INT : Institut national du travail

IJ: Indemnités journalières

INAMI : l'Institut national d'assurance maladie invalidité

INASTI : l'Institut national d'Assurances sociales pour Travailleurs indépendants

INSP : Institut National de Santé Publique

IPC : Indice du Prix à la Consommation

IPM : L'indice des prix de médicament

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

ISF : Indice synthétique de fécondité

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

NHS: National Health Service

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OA : organisme assureur

OCDE : Organisation du Commerce et du Développement Economique

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMC : Organisation Mondiale du Commerce

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONSS : l'Office national de sécurité sociale

ONSSAPL : l'Office national de sécurité sociale pour les administrations provinciales et
Locales.

PAS : Plan d'Ajustement Structurel

PIB : Produit Intérieur Brut

PMJH : Prix Moyen de la Journée d'Hospitalisation

PNB : Produit National Brut

RESSMA : Réseau d'Economie et des Systèmes de santé au Maghreb.

RUR : Rouble Russe

SNAPO : Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officine

SNMG : Salaire National Minimum Garanti

T2A : tarification à l'activité

TSE : Transferts de Soins à l'Etranger

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

VIH : Virus immunodéficiência humaine

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

A l'instar des autres pays, les dépenses de santé en Algérie, ont connus une très forte progression et représentent de plus en plus un poids important dans le produit intérieur brut (PIB). Cette tendance risque de compromettre à moyen terme les équilibres financiers du régime d'assurance maladie.

Bien que cette explosion des dépenses de santé ait été due à certaines causes objectives (augmentation de l'offre de soins, couverture maladie universelle pour plus de 80% de la population, développement technologique, urbanisation et l'amélioration du niveau de vie, transition épidémiologique, transition démographique, etc.), la part la plus importante de la hausse des dépenses de santé trouve ses origines dans les nombreux dysfonctionnements caractérisant présentement le système de santé.

Le financement de la santé constitue une préoccupation de nombreux Etats, tant développés qu'en voie de développement. Toutefois, le financement de la santé s'inscrit dans un contexte social, politique, institutionnel et économique qui lui est propre.

Il existe plusieurs formes de financement de la santé dont les plus connues ; le système Beveredgien dont les ressources provenant essentiellement de la fiscalité, le système Bismarckien dit système d'assurance maladie, avec des ressources provenant des cotisations salariales et patronales et le système libéral tirant ces ressources de fonds privés et enfin le système mixte, tirant ces ressources de la fiscalité nationale et des cotisations sociales dont fait parti le système algérien.

Le système de sécurité sociale Algérien, est financé essentiellement par l'Etat, les ménages et la sécurité sociale. La participation des différentes sources de financement a sensiblement changé depuis les années 70 ; une tendance à la baisse de la participation de l'Etat compensée par une hausse régulière de celle de la sécurité sociale et des ménages. Ces derniers sont contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de soins de santé. A ce stade, un problème d'équité en matière d'accès aux soins (discrimination financière) commence à se poser avec acuité en Algérie. Mais nous intéresserons au

financement de la sécurité sociale et essentiellement au financement de l'assurance maladie durant la période allant des années 90 à nos jours.

Le système de sécurité sociale Algérien, renvoie ses origines à 1949, suite à l'extension du régime de sécurité sociale mise en place en France à 1945 (ordonnance de 4 octobre 1945). Il est caractérisé par la multiplicité des régimes, gérés par des caisses multiples avec des prestations différentes. Ce n'est qu'après l'indépendance qu'a eu une unification de la sécurité sociale et la constitution des organismes régionaux. Le bénéfice des assurances sociales a connu une extension aux travailleurs salariés. C'est en 1983, qu'a eu l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages. Une nouvelle organisation est apparue en 1992, portant la séparation entre le régime salarié et non salarié.

Les dépenses de santé de la sécurité sociale relèvent de la branche assurances sociales¹. L'assurance maladie, la branche la plus importante de la sécurité sociale, est considérée comme la forme de solidarité et de protection sociale la plus évoluée. La mission essentielle de l'assurance maladie est de permettre à tous les assurés sociaux et à leurs familles, d'accéder à des soins de la meilleure qualité possible en s'appuyant sur le principe de la couverture universelle.

L'assurance maladie est gérée par les deux organismes de la sécurité sociale ; la Caisse Nationale d'Assurance Sociale des travailleurs salariés (CNAS) et la Caisse d'Assurance Sociale des travailleurs Non-Salariés (CASNOS). Elle couvre chacun des assurés sociaux (travailleurs salariés, anciens combattants, handicapés, apprentis stagiaires, étudiant...), et ayants droit (conjoint, enfant à charge et ascendants).

L'assurance maladie offre des prestations en nature, sous forme de prise en charge des frais de soins de santé de chacun des assurés et des ayants droit. Les remboursements sont fixés à 80% en règle générale et à 100% pour certains cas (maladies chroniques...). Comme elle offre des prestations en espèce, destinés à compenser le salaire perdu à l'occasion d'un arrêt de travail pour raison de maladie. Les prestations en espèces sont versées sous la forme d'indemnités journalières, servies à compter de la date d'arrêt de travail pour maladie prescrit par un médecin et pour une période maximale de trois ans.

Les ressources de l'assurance maladie proviennent essentiellement, des cotisations des travailleurs et des employeurs. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au

¹ « Les assurances sociales couvrent les risques suivants : maladie, maternité, invalidité et décès. » (Article 2 de loi n° 83-11 du 2 juillet 1983).

niveau de l'emploi. En fait, dans la plupart des pays du monde, les cotisations sociales constituent 70% des recettes de la sécurité sociale. Les autres types de ressources ; impôts et taxes ne revêtent qu'un caractère supplétif.

Le passage d'un système d'assurance maladie à caractère professionnel, qui couvre exclusivement les personnes actives, à un système de couverture maladie quasi-universelle cause une augmentation du nombre de bénéficiaires non compensé par la hausse du nombre de contributeurs.

Le système de financement par cotisations est de plus en plus remis en cause, surtout avec la persistance d'un niveau élevé de chômage et l'élargissement des activités informelles qui échappent aux cotisations.

Dans ce contexte, l'assurance maladie doit faire face à un défi celui d'améliorer la qualité des prestations fournis tout en assurant l'équilibre de ces organismes assureurs.

L'objectif de ce travail est de montrer la nécessité d'entreprendre des réformes du système de financement de l'assurance maladie en Algérie et de proposer des pistes concrètes de réforme, en s'appuyant sur quelques expériences étrangères (France, Allemagne, Belgique, Russie).

Le choix du système français peut être expliqué par le fait que l'Algérie a hérité son système de sécurité sociale. L'Allemagne a réalisé des réformes très intéressantes afin de rationaliser l'emploi des ressources et aussi impliquer plus les ménages. Quand à la Belgique, l'assurance privée est presque inexistante et l'assurance s'étend à tous les habitants. La Russie a connu la même transition que l'Algérie. Comme elle est en pleine réforme et de mise en place de l'assurance maladie.

Ces pays ont pris plusieurs mesures, dont les résultats probants sont démontrés par plusieurs études. Il conviendrait de s'inspirer de ces expériences pour orienter les mesures prises en Algérie.

La contribution que nous apportons n'a pas pour ambition de répondre à toutes les questions, mais de participer à la réflexion sur la problématique du financement de l'assurance maladie en Algérie notamment les voies de réformes.

Un certain nombre de questions se rapportant à l'assurance maladie en Algérie méritent réflexion, à savoir :

- ❖ Quels sont les facteurs d'accroissement des dépenses d'assurance maladie en Algérie ?
- ❖ Comment rationaliser les dépenses d'assurance maladie en Algérie ?
- ❖ Quels sont les effets des dispositions des réformes engagées dans le secteur de soins sur l'équilibre des caisses d'assurance maladie ?

Pour cela nous baserons notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

- H1 : Le remboursement de médicament représente la part la plus importante des dépenses d'assurance maladie.
- H2 : Le générique peut être une mesure pour réduire les dépenses d'assurance maladie.
- H3: Le système du tiers payant est l'une des mesures prise par l'état pour l'amélioration de la qualité des prestations fournies.
- H4 : L'expérience étrangère est la source d'inspiration pour l'orientation des mesures prises en Algérie.

Pour mener à terme notre travail, nous avons opté pour une démarche orientée dans les directions suivantes :

Pour le cadre théorique, nous avons opté pour la consultation d'ouvrages : des ouvrages de référence qui traitent de la santé, la sécurité sociale et d'assurance maladie. Pour cela, plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées, à savoir celles d'Alger, de Constantine, de Sétif et de Tizi-Ouzou. Cependant, la « nouveauté » de l'Economie de la Santé en Algérie et la « jeunesse » de la réforme du financement de l'assurance maladie induisent un manque flagrant de documentation spécialisée, qui est bien le principal obstacle méthodologique de cette étude. Pour y remédier, nous avons recouru à des Thèses, à des Rapports, à des Communications, etc.

La partie empirique a comme objectif de présenter un état des lieux de la situation financières des organismes financeurs (CNAS, CASNOS), et le potentiel d'application des mesures issues des réformes (générique tiers payant,... etc.).Pour ce faire, un ensemble d'organismes ont été visités à savoir:

- Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).
- Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS).

- Le Ministère de la Solidarité Nationale (MSN).
- La Direction Générale de la Sécurité Sociale (DGSS).
- L'Ecole Nationale du Management et de Gestion de la santé publique (ENMGSP)

Pour des pays étrangers (références), les données ont été collectées principalement sur des ouvrages et sites Internet des pays concernés.

Nous avons structuré notre travail en quatre chapitres :

Le premier chapitre traite du cadre conceptuel et organisationnel de l'assurance maladie. Plus concrètement, on développera les principales notions et concepts liés à l'assurance maladie, avant de parler des fonctions, justifications et limites de l'assurance maladie. Enfin, nous développerons le système de santé et de sécurité sociale en Algérie, pour passer à l'organisation du système d'assurance maladie.

Le deuxième chapitre présente le financement de l'assurance maladie en Algérie. Plus concrètement, nous préciserons le cadre réglementaire du financement de l'assurance maladie en Algérie. Par la suite, nous exposons l'état des lieux de l'assurance maladie ; on parle des dépenses des facteurs d'accroissement de ces dernières, des ressources. Enfin, nous traiterons de la situation financière des organismes de l'assurance maladie. L'objectif de ce chapitre est de faire un constat, celui de la nécessité d'entreprendre des réformes.

Le troisième chapitre présentera les nouvelles réformes adoptées par le système d'assurance maladie dans quelques pays étrangers (France, Allemagne, Belgique, Russie). Nous présenterons le système d'assurance maladie de chacun de ces pays, les réformes récentes et les résultats de ces réformes. Il conviendra de s'inspirer de ces réformes, de les adapter à notre environnement.

Le quatrième chapitre sera réservé à l'étude du défi de l'assurance maladie en Algérie et perspectives de réforme. Dans ce sens, plusieurs mesures ont été prises par les caisses d'assurance maladie à savoir, le générique, tiers payant, le médecin traitant, carte Chifa, l'actualisation de la nomenclature générale des actes professionnelles et la contractualisation. Ces mesures ont donné leurs résultats dans les pays étrangers traités. Pour cela il conviendra de s'inspirer de ces expériences et proposer des orientations et quelques perspectives de réforme.

CHAPITRE I

CADRE CONCEPTUEL ET ORGANISATIONNEL DE

L'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL ET ORGANISATIONNEL DE L'ASSURANCE MALADIE.

INTRODUCTION

L'état de santé de l'individu est confronté aux risques morbides, causant sa dégradation aléatoire. L'utilisation de biens et services médicaux permet de réparer ces dommages, ce qui engendre des coûts de prise en charge. Pour faire face à ces dernières ; L'individu ; Selon (D. Kessler, 1986), peut faire recourir à une politique de prévention lui permettant d'éliminer l'origine de certaines maladies ce qui diminue l'apparition du risque. L'autoprotection par l'épargne qui consiste en l'anticipation des dépenses futures en l'occurrence de la maladie, afin de pouvoir y faire face. Comme il peut faire recours à un marché d'assurance privé et bénéficier des prestations décalées dans le temps en fonction de l'occurrence du risque et en contrepartie d'une cotisation calculée de façon actuarielle. Enfin, par le bénéfice de la protection que lui offre la sécurité sociale, sous le principe des transferts obligatoires.

Dans notre travail, nous intéresserons aux deux derniers moyens ; aux services rendus par l'assureur et le remboursement des soins.

L'objectif de ce chapitre est d'analyser le concept « assurance maladie » ainsi que l'organisation du système d'assurance maladie. Le présent chapitre s'articulera autour de trois sections. La première traitera des notions et définitions générales de l'assurance maladie. La seconde section sera consacrée au système de santé et de sécurité sociale en Algérie. La troisième section traitera de l'assurance maladie en Algérie.

SECTION 1 : CADRE CONCEPTUEL DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans cette section nous allons essayer d'analyser le concept d'assurance maladie, donner les différentes définitions et les fonctions de l'assurance maladie ainsi que l'historique et les différents types de cette dernière.

1-1-L'Analyse du concept assurance maladie

L'individu est confronté aux risques de l'existence, appelés risques sociaux, dont la couverture est assurée par plusieurs techniques.

1-1-1-La notion de risque et les techniques de prise en charge :

Le risque correspond à un événement indésirable contre la survenue duquel une assurance est souscrite ; les principaux risques sociaux sont : la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage et le décès.

La maladie peut provoquer des dommages durables et parfois irréversibles sur la santé de l'individu, elle constitue donc un risque pour la santé s'il n'est pas assuré.

L'individu peut être dans l'incapacité de faire face aux dépenses nécessaires à son rétablissement, accroissant ainsi le risque que la maladie fait courir à sa santé, la maladie peut provoquer des pertes. Enfin, la maladie peut entraîner une incapacité de travail momentanée ou durable et donc une perte de revenus sur le plan financier. Les risques sociaux peuvent être classés en deux catégories :

- Les risques augmentant les besoins matériels : la maladie nécessitant la fourniture de biens et services médicaux ; les naissances accroissant les consommations courantes des ménages.
- Les risques diminuant les revenus des ménages : la maladie, à nouveau par l'arrêt de travail, nécessitant des revenus de remplacement ; la vieillesse entraînant une perte de productivité, survenant plus ou moins tôt en fonction de l'individu ; l'invalidité, le décès ; le chômage, risque économique pris en charge par la collectivité.

Il existe plusieurs techniques de prise en charge des risques sociaux qui s'articulent autour de la notion de responsabilité et de solidarité¹.

1-1-1-1 les techniques relevant de la responsabilité

Elles sont aux nombres de trois :

- ❖ **La responsabilité** : elle crée l'obligation de compenser un dommage causé par sa faute ; s'utilise partout pour les accidents du travail, ou le paiement constitue la sanction du risque, et commence à s'exercer pour financer les risques exacerbés par le risque moral comme le tabagisme et les accidents de la route.

¹ A. Grand et S.Kopel : de la charité à la solidarité : principes d'organisation et histoire de la protection sociale. Page 137. In : www.medecine.ups-tlse.fr

- ❖ **La prévoyance** : elle consiste à constituer un patrimoine utilisable en cas de besoin ; c'est la capitalisation pour les retraites, pour les décès etc.
- ❖ **L'assurance** : elle garantit, moyennant le versement d'une prime dépendant du niveau d'exposition au risque, une couverture en cas de réalisation de risques convenus.

La solidarité suppose la réciprocité du financement, chacun y cotisant selon ses moyens et en bénéficiant selon ses besoins.

1-1-1-2 Les techniques basées sur le principe de solidarité

Elles sont aussi au nombre de trois :

- ❖ **La mutualité** : elle reprend les principes de l'assurance mais en le différencie par le mode de calcul de la contribution du mutualiste qui est indépendant du niveau d'exposition au risque (Cotisation soit forfaitaire, soit proportionnelle aux revenus).
- ❖ **La sécurité sociale** : il s'agit d'une assurance obligatoire dont les cotisations sont proportionnelles aux revenus (Cotisations Salariales et Patronales, Cotisation Sociale Généralisée).
- ❖ **Assistance** : c'est la forme ultime de la solidarité qui s'exerce à l'égard de ceux qui ne peuvent contribuer à son financement. La couverture du risque n'est donc pas soumise à une quelconque contrainte d'affiliation ou de versement de cotisations.

1-1-2-Définitions et fonctions de l'assurance maladie

L'assurance maladie peut être définie comme : un contrat au terme duquel l'assureur rembourse les frais de soins de l'assuré, en contrepartie de paiement d'une prime. En fait, l'individu se prémunit contre les risques de la dégradation de son état de santé. Il souscrit un contrat d'assurance au terme duquel l'assureur lui rembourse les dépenses engendrées pour réparer ses dommages.

Selon l'OMS, l'assurance maladie est un système de financement caractérisé par le partage des risques dans lequel le paiement régulier de primes est effectué par le membre (l'assuré) ou en son nom. L'assureur paie le coût, ou une fraction définie du coût, des services de santé couverts.

Quant à l'organisation internationale du travail ; elle associe l'assurance maladie à un ensemble de mesures publiques à caractères obligatoires contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains².

Du point de vue du malade, l'assurance maladie est considérée comme un pré-paiement assorti de diverses modalités de remboursement. Le pré-paiement diffère selon le type de l'assurance. Dans le cadre d'une assurance volontaire, le prépaiement consiste à payer d'avance et régulièrement une prime. Ce prépaiement, est représenté par une taxe parafiscale payée par les patrons et les salariés, dans le cadre d'une assurance obligatoire. Concernant les médecins, elle constitue un nouveau paiement de ses honoraires.

La création de la branche maladie est un moyen d'étendre le système de protection sociale. Elle facilite l'accès aux soins, en réduisant la part du paiement direct des services, et rendre solvable du même coup la demande aux formations de santé.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté (Holzman Jorgensen, 2000), l'assurance maladie est un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de limitation de la pauvreté. L'assurance maladie doit participer à l'extension du marché des assurances, en fait, certains la voit comme un levier de développement des marchés financiers.

Les éléments clés de l'assurance maladie sont les prépaiements des cotisations ou d'un emploi sans revenu ou de test de l'actif. L'assurance maladie fait appel à une gamme de soins médicaux limités ou vastes et fournit un paiement partiel ou complet des coûts engendrés par des soins particuliers. Les prestations sont constituées du droit à certains soins médicaux ou du remboursement de coûts médicaux spécifiques pour l'année. Dans la littérature (de l'assurance), l'assurance maladie est un outil de solidarité nationale de lutte contre la pauvreté et l'équité³.

² OIT : La protection sociale de la santé, stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, OIT, aout 2007, p5, In : www.ilo.org

³ Ould BOYE. K.A. : les assurances maladie de la sécurité sociale en Algérie mémoire de DESS en économie de la santé.2003.p9.

On peut dégager quatre grandes "fonctions" fondamentales du système d'assurance maladie⁴ :

➤ ***la fonction de "cadrage", et de définition des principes et règles du système de l'assurance***

C'est à cette fonction que se rattache, d'abord, la définition de l'économie même de l'assurance maladie, qui va s'inscrire - notamment, mais pas seulement - dans des normes juridiques de haut rang : Constitution, Lois organiques, Lois ordinaires et de financement.

Elle consiste à définir ce qu'est, ou ce que peut être la prestation d'assurance maladie, et les différentes modalités et conditions de prise en charge. Dans sa déclinaison détaillée, elle porte donc sur la définition du périmètre des soins remboursables, sur les conditions et modalités d'inscription dans ce périmètre, ou les principes du remboursement (existence de prise en charge à 100%, etc.)

➤ ***La fonction d'organisation du système de soins***

L'assurance maladie ne repose pas, à la différence de l'assurance vieillesse, sur de simples flux financiers. Elle prend appui sur un système de soins dont il faut, en permanence, assurer l'efficacité et l'adéquation aux besoins.

A cette fonction d'organisation structurelle du système de soins se rattachent ainsi, par exemple toutes les tâches de planification et de régulation démographique, mais aussi celles qui portent sur les modalités permanentes d'organisation du travail (c'est-à-dire la définition des champs de compétence des professions, les règles générales d'intervention et de coordination des acteurs de santé).

Les conditions générales de participation au système de soins sont également un élément de son "organisation".

➤ ***La fonction de gestion médicalisée du risque***

C'est la fonction qui s'attache au fonctionnement courant du système, au respect des règles administratives du remboursement (contrôle individuel des actes et des paiements), mais aussi à la recherche de son optimisation médicale : respect des bonnes pratiques, évaluation et formation des professionnels, incitation des usagers à adopter des comportements de prévention et de bon usage des soins, etc.

⁴ Ould BOYE.K.A, op.cit.

➤ *La fonction d'allocation des ressources*

C'est la fonction qui rassemble tous les choix de financement dans le respect des règles de "cadrage" des fonds collectifs. Elle consiste à décider du prix des actes ou des produits, des allocations budgétaires (pour des hôpitaux), mais le cas échéant aussi de tarifs forfaitaires, de rémunérations associées à des contrats individuels, etc.

1-2- Historique de l'assurance maladie

Le besoin de se protéger contre les risques est ancien. Il a longtemps été renvoyé à la charité, à la solidarité familiale dont les limites apparaissent rapidement. Dans les sociétés anciennes avoir beaucoup d'enfants constituait la meilleure garantie des vieux jours, la solidarité entre les générations était assurée à l'intérieur de la famille.

La révolution industrielle concentre les populations dans les villes où la solidarité locale ne peut plus jouer alors que le nombre d'accidents du travail augmente.

L'histoire a retenu que c'est le CHANCELIER BISMARCK qui lança en Allemagne, dès 1881, une politique sociale organisant, sous le contrôle de l'Etat, l'assurance des ouvriers de l'industrie en cas d'invalidité, d'accident du travail ou de maladie. Les caisses professionnelles allemande créées en cette fin du 19^{ième} siècle signaient des contrats avec les médecins en vue de la fourniture gratuite de soins et de médicaments aux assurés sociaux. Des systèmes reprenant le principe d'une mutualisation du risque lié à la maladie ou aux accidents se mirent en place progressivement dans la plupart des pays industrialisés, d'abord au profit des seuls ouvriers, puis s'étendant aux assurés puis s'étendent aux autres catégories de la population

L'assurance maladie s'est développée depuis la fin de la seconde guerre mondiale dans tous les pays occidentaux⁵. Sa généralisation est récente. C'est pour cela que les dépenses de santé ne cessent de croître à un rythme accéléré. Le pourcentage que débourse le malade pour ses soins est de plus en plus faible contrairement à celui que débourse l'assurance maladie. Au moment de sa création, l'assurance maladie était obligatoire pour certains ouvriers et patrons

⁵ Rochet J.- C. : Les atouts et limites des systèmes publics d'assurances maladie. Revue française d'économie, volume 9, 2^{ème} trimestre, Paris, 1996.

productifs, aujourd'hui, l'assurance maladie ne trouve plus sa justification dans un objectif de productivité puisque les non productifs sont actuellement assurés.

1-3-L'assurance maladie dans le monde

Le monde présente une palette très diversifiée de systèmes de protection maladie. Les systèmes publics d'assurance maladie, caractérisée par l'intervention de l'Etat (système planifié) ; du fait de l'importance qu'accorde ces sociétés à l'équité et aux valeurs collectives (la collectivité doit assurer un état de santé minimum pour la population). Les systèmes d'assurance maladie privé, qui s'appuient sur le marché. En réalité, il n'existe pas de systèmes exclusivement publics ou privés. « Tous les systèmes sont mixtes, ce qui les différencie est le degré et la nature du dosage public-privé »⁶.

1-3-1- Le marché

Le recours exclusif au marché pour réguler le risque maladie n'existe nulle part. Le marché occupe toutefois une place prépondérante aux Etats-Unis en termes d'assurance maladie.

S'il n'existe pas de système de santé purement libéral dans lequel le marché déterminerait librement les primes payées, on peut concevoir ce que serait un tel schéma dans lequel le rôle de l'Etat serait limité à la définition de normes et la surveillance du bon fonctionnement du marché. Ainsi, compte tenu du caractère aléatoire du recours aux soins, la population s'assure auprès de compagnies en situation de concurrence. Les primes sont versées en fonction des risques c'est-à-dire de manière actuarielle. Les coûts supportés par chacun sont donc personnalisés et différenciés selon les risques individuels. En tout état de cause, ce schéma repose sur des mécanismes d'ajustement par les prix : ce sont les primes d'assurances, librement formées sur le marché, qui assure la coordination des décisions des offreurs et des demandeurs.

Si aucun système dans le monde ne relève de ce schéma, l'organisation des assurances maladie dans les Etats-Unis en retient partiellement certains traits. Il s'agit d'un système mixte et pluraliste. Ainsi, même si les mécanismes de marché y sont dominants, des programmes publics permettent de corriger certaines inégalités d'accès ; d'une part les personnes âgées

⁶ Maurice Marchand Pierre Pestiau : L'Etat ou le marché dans l'assurance maladie. Revue française d'économie, volume 11, numéro 1, 1996 .page 3-16

(MEDICARE) et d'autre part la population dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté (MEDICAID).

Quant au remboursement des producteurs de soins, il s'effectue suivant des modalités variables selon les compagnies d'assurance. Ainsi, le remboursement *a posteriori* des dépenses hospitalières fait place de plus en plus à des principes fondés sur l'évaluation d'un coût moyen forfaitaire en fonction de groupes de diagnostics homogènes (DRG). Cette pratique est pratiquée par MEDICARE, MEDICAID et par certaines assurances privées. Les consultations privées sont remboursées selon diverses méthodes (principalement, à partir d'une nomenclature d'actes). D'autres procédures ont été progressivement mise en place : prépaiement forfaitaire des HMO, forfaits par classe d'âge.

Si les avantages théoriques de ce système sont non négligeables (souplesse, possibilité de réalisation décentralisée de l'affectation optimale des ressources, mise en évidence des raretés relatives), son application implique inéluctablement des inégalités ; dans la mesure où les prix peuvent jouer un rôle dans les décisions des consommateurs, lorsque les tickets modérateurs sont élevés, le fonctionnement libre d'un marché est potentiellement susceptible d'entraîner des inégalités devant la maladie en fonction des revenus. Ainsi, pour être équitable, le système de protection maladie doit assurer des redistributions des jeunes vers les vieux, des riches vers les pauvres et des biens portants vers les malades.

Si la quasi-totalité des systèmes de protection maladie ne retient pas le marché comme mode central d'organisation, la plupart empruntent au système libéral certain de ces caractéristiques. Ainsi, la diversité de l'offre d'assurance maladie se manifeste par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé (Italie, Japon, France, Allemagne, Pays-Bas, etc.) sans toutefois qu'il y est une concurrence réelle ; en dehors de la Suisse où existe un système d'assurances privées avec des primes variables, ces assurances n'interviennent qu'en complément à l'assurance publique obligatoire (France, Allemagne) ou pour permettre l'accès à un secteur privé non couvert par l'assurance publique obligatoire (Royaume-Uni, Italie, etc.).

1-3-2 Le monopole public : planification et rationnement

Les systèmes de protection maladie centralisés sont fondés sur des valeurs opposées à celles qui justifient le recours au marché. Les inégalités évoquées précédemment, les externalités négatives, et les asymétries d'information motivent cette fonction tutélaire renforcée par des considérations de justice sociale (équité devant la maladie et la mort). Créé

au Royaume-Uni en 1948 à la suite du rapport Beveridge, le « National Health Service » (NHS) est le modèle de référence des systèmes de protection maladie centralisés, modèle adopté ensuite par de nombreux pays (pays scandinaves, Canada, Nouvelle Zélande, Italie, etc.).

Dans ce système, la couverture sociale est généralisée à toute la population (universalité : le citoyen, et non seulement le travailleur, est couvert) et le marché des soins disparaît ; les services sont gratuits pour les usagers ou quasi gratuits quand un dispositif de ticket modérateur limite le risque moral (surconsommation d'un bien à prix nul). La gestion du système s'effectue donc "par les quantités" et, compte tenu du caractère non stockable des services médicaux, essentiellement par les capacités de production qui sont déterminées par un agent central (Etat ou organisme central de sécurité sociale). De plus, il y a un monopole public sur l'offre de soins dont les praticiens sont des salariés. Ainsi, les coûts de fonctionnement du système sont maintenues dans des limites fixées de façon centralisée par des contraintes budgétaires rigides *a priori* (budget global). Les prix à la production sont fixés administrativement et les prix à la consommation nuls, aucun mécanisme d'ajustement par les prix n'est possible. C'est donc le rationnement quantitatif et financier qui assure l'équilibre dans le cadre d'une gestion centralisée et par l'intermédiaire d'une budgétisation globale destinée à réduire les coûts des différents établissements ; ce qui explique que les pays ayant adopté ce système arrivent à mieux maîtriser la progression de leurs dépenses de santé.

Le financement des dépenses de santé est assuré par la fiscalité. Les implications de ce processus de socialisation sont nombreuses. En premier lieu, il aboutit à une déconnection du prix des services (nul ou quasi nul) des disponibilités à payer d'une part, et des coûts réels, d'autre part. En second lieu, la conception du financement déconnecte le prix supporté (sous forme d'impôt) du risque couru : on est donc en présence d'un système de redistribution dans lequel la part du financement attribué à chacun est imposée (système de la contrainte) et dépend de ses capacités contributives. Il en résulte des transferts monétaires des contribuables vers les usagers. L'appréciation de ces redistributions est très délicate, car elles dépendent de l'équité du système fiscal.

1-3-3 L'assurance publique obligatoire

Dans ce système, le risque maladie est financé par les cotisations versées par les actifs et leurs employeurs. Le système est régulé par les caisses, gérées par les représentants des financeurs (syndicats et patronat), qui négocient les tarifs des prestations avec les médecins

(exerçant essentiellement en cabinets libéraux) et les hôpitaux (à la majorité publique). La couverture du risque maladie dépend du montant des cotisations, qui à leur tour dépendent des fluctuations de l'activité économique. Les cas les plus significatifs sont ceux de la France, de l'Allemagne, des Pays-Bas et de l'Autriche.

Se situant à mi-chemin des deux systèmes extrêmes (marché et planification), le système de l'assurance publique obligatoire n'est ni totalement libéral ni totalement planifié. Décentralisé en droit, il est centralisé en fait. Empruntant des caractéristiques aux deux modèles exposés précédemment, il tente de concilier l'inconciliable : la liberté de choix avec la gestion centralisée des prix et de certaines quantités, la solidarité nationale avec la décentralisation des décisions et l'absence de responsabilité financière. En effet, généralement dans ce genre de système, les usagers du système de soins bénéficient d'une quadruple liberté :

- liberté du choix du producteur de soins ;
- inexistence de filières de soins hiérarchisées, où il y a une totale liberté de s'adresser à des producteurs de diverses catégories situés à plusieurs niveaux du système de soins ;
- liberté de s'adresser à plusieurs producteurs ;
- liberté de choix de l'établissement de soins.

Dans un système de marché, la contrepartie logique de la liberté de choix est la responsabilité financière. Dans un système centralisé, la prise en compte du financement par la collectivité conduit à un contrôle des décisions des offreurs et des demandeurs. Le système de l'assurance publique obligatoire accorde les libertés sans la responsabilité, retient un financement sur la base de la solidarité nationale sans restriction de l'accès. Ce qui explique que, de plus en plus, ce système emprunte au système NHS ses modes de contrôle : globalisation du budget hospitalier, barrières à l'entrée par l'instauration d'un numerus clausus, etc.

1-4 -Justifications Et Limites De L'assurance Maladie

L'assurance maladie privé ou publique est justifiée par Cinq particularités ⁷:

- La double incertitude de l'occurrence de la maladie, de sa gravité et donc du coût imprévisible des soins et des pertes de revenu de l'activité.

⁷. Majnoni d'Intignano, Béatrice. : Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001.

- Pour la concentration des dépenses, qui peut rendre les soins lourds inaccessible ; même pour les revenus moyens.
- Par l'aversion aux risque ; qui confère à l'assurance une utilité intrinsèque.
- Par le désir de solidarité et d'égalité d'accès de la collectivité à l'égard des plus pauvres ou de certains de ces membres.

En matière d'assurance santé deux principes s'opposent :

- **Principe assurantiel** : les primes sont reliés aux risques ; il est retenu par les assurances privées.
- **Principe de solidarité** : les primes sont dépendantes des revenus. Ce principe est la base des assurances sociales ou publiques qu'il soit Bismarckien (cotisations selon les salaires), ou Beveridgien (financement par fiscalité).

1-4-1-Les limites de l'assurance maladie

La sélection adverse et le hasard moral constituent en effet des facteurs de mise en péril de l'assurance maladie. Le marché de l'assurance maladie présente trois défaillances classiques dues à l'aléa moral, à l'anti-sélection et à l'asymétrie d'information.⁸

1- 4-1-1-Assurance maladie et asymétrie d'information

Les relations bilatérales entre les différents agents de l'assurance maladie (patient-assuré, assureur et médecin) sont caractérisées par l'asymétrie d'information.

La première relation principal / agent résulte de l'asymétrie d'information entre le médecin (agent) et le patient (principal). En effet, dans certains cas, les médecins ont la possibilité de mettre en difficultés leur patient en utilisant leur pouvoir discrétionnaire pour prescrire des soins et des consultations supplémentaires, induisant ainsi une surutilisation injustifiée des soins et de santé. Ce qui conduit au phénomène « demande induite » causé par le médecin qui, par son comportement immoral, entraîne une demande injustifiée de la part de son patient, engendrant ainsi des dépenses supplémentaire supportées par l'assurance maladie. Ainsi les pouvoirs publics devraient contrôler les pratiques médicales des professionnels de santé pour empêcher certains abus en ce qui concerne aux quantités de soins dispensés.

⁸ Majnoni d'Intignano, Béatrice, op.cit.

1-4-1-2 Assurance maladie et l'aléa moral

Ce phénomène est appelé aussi le risque moral. Il se produit dans les deux cas ; assurance privé et assurances sociale. Une personne assurée consomme plus de soins qu'une autre non assuré. Du fait de l'assurance, l'assuré adopte des comportements plus risqués et fait moins recours à la prévention c'est ce qu'on appelle le risque moral ex-ante. Une fois l'individu est malade multiplie la quantité et la qualité des soins d'où le risque morale ex-post.

Pour en faire face, l'assuré doit participer financièrement aux frais de soins (ticket modérateur) et lui rembourser un montant fixe par types de soins. Dans le cas d'une franchise ; il ne doit être remboursé qu'à partir d'un certain seuil de dépense.

1-4-1-3- Assurance maladie et sélection adverse

La sélection adverse ou bien anti-sélection est reconnue par le théoricien néo-classique comme l'une des causes possible de défaillance des marchés. L'exemple le plus connu est celui du marché des voitures d'occasion présenté par George Akerlof .Pour le cas du marché de l'assurance maladie ; la sélection adverse s'opère entre les bons et les mauvais risques. L'anti sélection suppose en générale qu'il y a une asymétrie d'information. En fait, l'assurance maladie ne dispose pas d'information sur la catégorie de risque de sa clientèle. Elle fixe la prime en fonction de la dépense moyenne des assurés. Seulement les plus malades qui ont de l'aversion pour le risque ont intérêt à rester sur le marché. Les moins malades, sont écartés du marché, ils trouvent que la prime payé (le prix de couverture) est plus élevé que la probabilité de subir un dommage. Et d'avoir recoure à cette indemnisation leur propre assureur ou bien pour chercher un autre assureur moins chère.

SECTION 2 : LE SYSTEME DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE EN ALGERIE

Dans cette section, nous intéresserons dans un premier temps, à l'organisation du système de sante algérien et á son financement. Nous présenterons dans un second point le système de sécurité sociale algérien.

2-1-Le Système de Santé Algérien

Le système de santé algérien a connu des modifications importantes depuis l'indépendance ; ce qui nous permet de dire qu'il est encore en mutation. Pour cela, nous allons développer dans un premier temps l'organisation du système de santé, et son financement.

2-1-1-Organisation de l'offre de soin en Algérie

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

Le secteur public est structuré en structures de soins de santé de base, policlinique, hôpitaux de secteur sanitaire et en CHU et EHS. Compte au secteur privé est constitué par des cabinets de médecine ambulatoires, cliniques et laboratoire d'analyse.

Depuis la réorganisation de 2007 supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système avec un établissement hospitalo-universitaire (EHU), des centres hospitalo-universitaires (CHU), des établissements hospitaliers spécialisés (EHS), des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé et de proximité (EPSP), il n'existe pas dans les textes d'articles concernant la hiérarchisation des soins et précisant les relations entre ces différentes structures publiques.

2- 1-1-1-Structure du secteur public

Le secteur public est composé d'hôpitaux, polycliniques, maternités, centres de santé et salles de soins. Les tableaux suivants montrent l'évolution du nombre de ces structures entre 2005 et 2013.

Tableau n°1 : évolution des infra hospitalières entre 2005 et 2013.

Année	EHU	CHU	EHS	EPH	Maternités
2005	1	13	32	232	505
2006	1	13	36	232	505
2007	1	13	54	240	511
2010*	1	14	65	197	520
2011**	1	14	63	192	-
2012**	1	14	66	193	-
2013**	1	14	68	194	-

Sources : réalisé par nos soins d'après :

- notes IPEMED, système de santé au Maghreb, avril 2012.

* : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

** : ONS, l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011-2014.

- **Les structures universitaires** accueillent les étudiants en médecine durant leur cursus. Il existe un établissement hospitalo-universitaire à Oran, dont le statut est différent du statut des centres hospitalo-universitaires.
- **Les établissements hospitaliers spécialisés** ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) peuvent héberger des services universitaires.
- **Les établissements publics hospitaliers** sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.
- **Les établissements publics de santé et de proximité** sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques.

Tableau n°2 : évolution des structures publiques de proximité entre 2005 et 2013.

Année	polycliniques	Centre de santé	Salles de soins
2005	517	1277	4533
2006	524	1291	4533
2007	1477	338	5117
2010*	1491	320	5350
2011**	1551	-	5491
2012**	1601	-	5545
2013**	1615	-	5634

Sources : notes IPAMED, système de santé au Maghreb, avril 2012.

* : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

** : ONS : l'Algérie en quelques chiffres, résultat : 2011-2013.

Ce tableau nous permet de remarquer l'augmentation des polycliniques et la diminution du nombre de centres de santé. Cela peut être expliqué par la réorganisation de 2007. Par ailleurs, un certain nombre de centres de santé ont été érigés en polycliniques. Comme en remarque l'existence de structures publiques diversifiées qui tentent d'assurer une couverture médicale et sociale suffisante pour la population au niveau local. Malgré leurs extensions, la couverture reste toujours insuffisante⁹.

2-1-1-2 Infrastructures du secteur privé

Le secteur privé des soins est assuré par les cabinets privés, cliniques...Etc.

Comparativement au secteur public, Il représente aujourd'hui en matière d'infrastructures d'hospitalisation une part relativement faible du système de santé¹⁰.

Le tableau suivant retrace l'évolution du nombre de cabinets généralistes et spécialistes. Le nombre de cabinets généralistes ne cesse d'augmenter. Il passe de 5590 cabinets en 2005 pour atteindre 6482 cabinets en 2013. Soit 112 installations par an. On remarque la même chose pour les cabinets spécialistes. Ils passent de 4573 cabinets en 2005 pour 7226 cabinets en 2013. Soit 389 installations par an.

Tableau n°3 : l'extension de l'offre privé (cabinets)

Année	Cabinets généralistes	Cabinets spécialistes
2005	5990	4573
2006	6102	4962
2007	6208	5095
2010*	6315	6208
2011**	6334	6457
2012**	6335	6776
2013**	6482	7226

Sources : notes IPAMED, système de santé au Maghreb, avril 2012.

*** : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.**

**** : ONS, l'Algérie en quelque chiffre, résultat 2011-2014.**

⁹ Kaddar M. : « *Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte, succès et défis actuels* », communication présentée au 1er colloque international sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa 13-15 novembre 2006.

¹⁰ Achour.N, Benbrahamia.N.f, Grangaud.G.P : Algérie, Maroc, Tunisie, monographies nationales. avril 2012.

2-1-1-3-Les ressources humaines

Les ressources humaines en santé ont connu un accroissement. En fait, l'effectif des praticiens en exercice en 2005 est de 50000¹¹. Selon la même source 66% des médecins généralistes exercent dans le secteur public et 39% des spécialistes exercent dans la médecine libérale.

L'indice de couverture a connu aussi une augmentation, les chiffres du tableau vont confirmer la situation. L'indice de couverture passe de un médecin pour 1177 habitants en 1999, pour un médecin pour 578 habitants en 2013. Cette amélioration peut être expliquée par les effets de l'ouverture de nouveaux emplois dans les établissements publics de santé dans le cadre du programme de développement du système de santé.

Tableau n°4: les personnels médicaux et paramédicaux

Année	1999	2005	2006	2007	2010	2013
Médecins	1/1177	1/969	1/918	1/830	1/640	1/578
Généralistes	1/1750	1/1708	1/1567	1/1373	-	-
Spécialistes	1/3752	1/2240	1/2218	1/2081	-	-
Pharmaciens	1/6134	1/5389	1/5388	1/4571	1/3962	1/3634
Paramédicaux	1/347	1/367	1/352	1/341	-	-

Sources : MSPRH et INSP.

Malgré l'importance des ressources humaines, il existe un majeur problème celui de la mal répartition. A titre d'exemple, 29% des spécialistes sont implantés dans la wilaya d'Alger qui ne contient pourtant que 8% de la population du pays. Autrement dit, l'indice de couverture est de 1/860 contrairement à Tissemsilt qui est de 1/17800¹². Ce qui révèle la problématique de l'accès géographique aux soins dans certaines wilayas.

¹¹ Brahamia.B : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie.2007.page 9.

¹² Brahamia.B. op cit. P 9.

2-1-2-Le financement du système de santé

Le système de santé algérien est de type mixte tirant ces ressources de la fiscalité et des cotisations sociales. En effet, le financement du système de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances avec une contribution de l'État, une contribution de la Caisse nationale d'assurances sociales qui peut varier d'une année à l'autre et, enfin, par une participation des usagers qui est fixée par voie réglementaire.

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

Durant les années 90, la sécurité sociale a vu son rôle renforcée dans le financement de la santé. Cela permettra de récompenser la diminution de la part de l'Etat, suite à la crise qu'a connu le pays durant cette période (fin 80 et début 90).

A partir de l'année 2000, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation peut être expliquée par l'augmentation du budget de l'Etat ; suite à l'accroissement des recettes pétrolières.

Quand à la participation des ménages a connu des fluctuations. En 2012, leur part de financement dépasse celle de la sécurité sociale. Cette dernière a connu des difficultés pour maintenir son niveau de financement. La part de l'Etat devient de plus en plus importante suite à l'amélioration de la situation financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date. Cette situation a permis à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

Le tableau suivant nous montre clairement la participation des différentes sources.

Tableau n°5 : l'évolution de la contribution des agents de financements 1992 et 2012 (en % DNS) :

Année	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Etat	30.50	34.50	38.45	34.09	47.27	48.42	48.43	53.8	55.1	48.2	49.9	44.3	44.3
Sécurité Sociale	38.87	37.10	35.64	39.70	26.02	26.88	24.01	27.4	31	31.1	30.0	21.9	21.3
Ménage	29.3	27.00	25.90	26.20	26.70	24.70	27.50	18.8	13.9	20.7	20.1	25.2	24.7

Source : Réalisé par nos soins à partir des données :

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

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

-2011-2012 : MSPRH.

2-1-2-1-Les dépenses de santé

Les dépenses de santé en terme courant, ont connu une augmentation soutenue d'une année à une autre. Le tableau suivant nous montre clairement cette évolution. D'un autre cote, l'évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB a connu une baisse. Elle passe de 6% en 1990 à 3.5% en 2000. Cela peut être explique par la période de crise économique et l'application du plan d'ajustement structurelle durant la période (1994-1998). A partir de 2001, elle a connu des fluctuations pour atteindre 3.7 en 2008. Et à partir de 2009 a connu une augmentation pour atteindre 4.82 en 2012.

Durant toute cette période, la DNS était inférieur à la norme de 5% du PIB recommandé par les institutions internationales pour les pays en voie de développement.

Tableau n°6 : Evolution des dépenses totales de santé (en mds de DA et en pourcentage du PIB) :

Années	Dépenses totales de sante (en Mds de DA)	DNS/PIB
1990	23,159	6
1994	59,970	4.02
1996	97,353	3.8
1998	115,009	4.1
1999	111,197	3.4
2000	143,870	3.5
2001	162,231	3.8
2002	175,186	3.9
2003	196,665	3.7
2004	207,735	3.4
2005	231,713	3.1
2006	266,467	3.1
2007	330,925	3.5
2008	412,913	3.7
2009	458,301	4.6
2010	522,801	4.3
2011	590,008	3.9
2012	643,374	4.82
2013	753,278	5.04

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

*OMS, rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010 .In www.who.int.

*Perspective monde, Mai 2012. In: <http://perspective.usherbrooke.ca/>

Cet accroissement des dépenses de santé peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- La transition sanitaire,
- Progrès de la médecine et de la technologie des soins,
- Ajustement de la rémunération des personnels,

- Amélioration du niveau de vie, urbanisation, accident, stress, comportement à risques...etc.
- Transitions démographiques,
- Impact du vieillissement de la population sur la demande de soin,
- Extension de la couverture sociale,
- Densification de l'offre de soins publique et privée,
- Accroissement des ressources humaines.

Le financement de la santé montre actuellement des limites en termes de mobilisation de ressources additionnelles pour assurer la prise en charge d'une demande nationale de santé en augmentation continue¹³.

2-1-2-1-1-Les dépenses publiques de santé

En Algérie près des trois quart des dépenses de santé relèvent d'un financement public¹⁴.

Le tableau suivant nous montre l'importance des dépenses publiques et leur accroissement.

Figure n°7 : Evolution des dépenses publiques de santé en % DNS :

Année	1994	1996	1999	2000	2001	2004	2006	2008	2009
Dépenses publiques	71.6	77.6	72.8	73.3	77.4	73.7	81.2	86.1	86.2

Sources : réalisé par nos soins à partir de :

*OMS, rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010 .In www.who.int

*données collectées auprès du ministère de la santé de la population et de la réforme Hospitalière.

2-1-2-1-2 les dépenses privées de santé

Les dépenses privées, qui représentent les participations directes des ménages, sont en pleine extension. En fait, depuis la fin de la gratuité des soins, ces dernières ne cessent d'accroître. Plusieurs facteurs alourdissent les dépenses privées à citer¹⁵ :

- Le déremboursement des médicaments,
- Le recours à la médecine libérale,

¹³ MSPRH : « développement du système national de santé, stratégies et perspectives ». 2003 page23.

¹⁴ Brahamia.B : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé ; OCDE-Europe de l'est, Maghreb.2010. Edition : Bahaeddine.

¹⁵ Brahamia.B, op.cit.page 396.

- Automédication,
- Ecart considérable entre les tarifs de remboursement des actes médicaux appliqué par les caisses d'assurance maladie et les honoraires pratiqués dans la médecine libérale.

2-2-Le système de sécurité sociale en Algérie

Le système de sécurité sociale algérien est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux regroupés en cinq branches, à savoir :¹⁶

- Les assurances sociales ;
- La retraite ;
- Le régime des non-salariés ;
- Le régime de chômage.

L'assurance maladie et ces extensions ; maternité, invalidité, décès, font partie des assurances sociales¹⁷.

2-2-1-Historique de la sécurité sociale en Algérie

L'histoire de la sécurité sociale en Algérie ne date pas de l'indépendance. Sa création date de 1949, suite à l'extension du régime de sécurité sociale mise en place en France en 1945(ordonnance du 4 octobre 1945). L'institution du système de sécurité sociale repose sur les principes de solidarités nationales toute en garantissant les citoyens contre les différents risques, l'unicité d'organisation et l'universalité d'application¹⁸.

Les législations sociales qui représente le fondement de la sécurité sociale ont étaient mises progressivement. En effet, la loi sur les allocations familiales est mise en 1941, suivit de la loi sur les assurances sociales en 1949.la loi sur les assurances vieillesse a eu lieu en 1953 suivit cinq ans après de la loi sur les non-salariés des secteurs industriels, commerciales, artisanal, agricole et les professions libérales.

¹⁶ CNAS : L'assurance maladie de la sécurité sociale, l'expérience de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, CNAS, 2005, p. 1.

¹⁷ Article 2 de loi n° 83-11 du 2 juillet 1983.

¹⁸ Hannouz M., Khadir M. : Précis de sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux, éd.OPU, Alger, 1996, p. 11.

Durant la période antérieure à 1962, le système est caractérisé par la multiplicité des régimes gérés par des caisses multiples avec des prestations différentes. Malgré les principes fondamentaux posés par le législateur, le régime visait en priorité la population européenne et touche les secteurs à intérêt économique.

Pour la période allant de 1962 à 1970, le système de sécurité sociale a connu une grande complexité dans sa structure administratives ; 11 régimes de sécurité sociales, 71 organismes de gestion et 11 organismes de retraite complémentaire¹⁹. Ce n'est qu'en 1963 qu'a eu une unification de la sécurité sociale et la constitution des organismes régionaux de sécurité sociale : la **CASORAL** pour le centre, le **CASORAN** pour l'Ouest et la **CASOREC** pour l'Est. Les nombreuses différences qui caractérisaient les régimes conduit les pouvoir publics et les organisations syndicales à revendiquer l'uniformisation et l'amélioration des avantages de la sécurité sociales. L'organisation administrative des organismes de sécurité sociale mise en place suite au décret 70-116 régit le système jusqu'à 1983. Le bénéfice des assurances sociales a connu une extension aux travailleurs salariés suite à l'ordonnance du 17 septembre 1974. Le système de l'assurance sociale se renouvelait autour des principes et d'unification des régimes et l'uniformisation des avantages suite aux lois de 1983. En fait, les nombreux régimes existant avant cette date ont été unifié autour d'une seule caisse ; la caisse des assurances sociale et des accidents du travail **CNASAT**. Cette dernière couvre à la fois le régime salariés et non-salariés. Une nouvelle organisation apparaisse suite au décret n°92-07 du 4 juillet 1992, portant la séparation des deux régimes ; salariés et non-salariés et la constitution de deux caisses :

-la CNAS : caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés

-la CASNOS : caisse nationale des assurances sociales des non-salariés.

¹⁹ CNES : évolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier .juillet 2001. Page 12.

Section 3 : L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE

L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale. Son importance revient au nombre de personnes couvertes (87% de la population)²⁰ et le nombre de prestations offertes. Dans cette section nous intéresserons au fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie, aux organismes régissant cette dernière.

3-1-Fonctionnement de l'assurance maladie

L'assurance maladie à sa création couvre seulement les catégories professionnelles en activité. Son extension aux catégories sociales particulières (handicapés, anciens combattants, apprentis stagiaires, étudiants,) est mise en place suite aux réformes de 1983. Elle passe d'un système à base professionnelle à un système social intégrant les catégories sociales particulières²¹. L'assurance maladie comme les autres composantes des assurances sociales gérées par les deux organismes de la sécurité sociale CNAS et CASNOS dont les attributions sont :

3-1-1 Les attributions de la CNAS²²

D'après l'article 8, du décret n°92-07 du 4/01/1992, la CNAS a pour mission de :

- Gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles,
- Gérer les prestations familiales,
- Assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues citées avant,
- Contribuer à promouvoir la politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, et de gérer leurs fonds.
- Gérer les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale,
- Organiser, coordonner et exercer le contrôle médical,
- Entreprendre des actions sous forme de réalisation à caractère sanitaire et social telles que prévues par la loi.

²⁰ Algérie chiffre clés in : www.gipspsi.fr

²¹ Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd. OPU, Algérie, 2004. P76.

²² Institut national du travail (INT) : Droit de la sécurité sociale, édition INT, Alger 2001, pages44.

- Entreprendre des actions de prévention, d'éducation, et d'information sanitaire après proposition du conseil d'administration de la caisse,
- Gérer les fonds d'aide et de secours,
- Conclure les conventions,
- Procéder à l'immatriculation des assurés sociaux et des employeurs,
- Rembourser les dépenses occasionnées par le fonctionnement des diverses commissions ou juridictions à trancher suite à des litiges nés des décisions rendues par la caisse.

3-1-2 Les attributions de la CASNOS²³

Selon l'article 3, du décret n° 93-119 du 15/05/1993, la CASNOS a pour mission de :

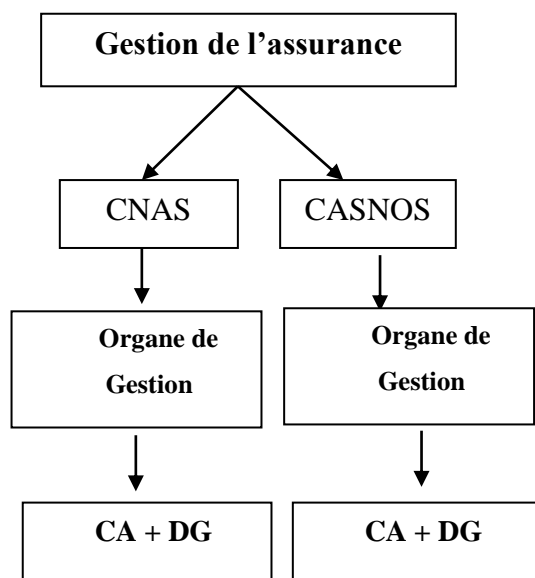
- Gérer les prestations en nature et en espèce des assurances sociales des non-salariés,
- Gérer les pensions et allocation de retraites des non-salariés,
- Gérer, jusqu'à extinction des droits des bénéficiaires, les pensions et allocation,
- Assurer le recouvrement, le contrôle et contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations prévues aux alinéas précédents,
- Gérer, le cas échéant, les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale,
- Organiser, coordonner et exercer le contrôle médical,
- Entreprendre des actions sous forme de réalisation à caractère sanitaire et social,
- Gérer le fonds d'aide et de secours,
- Conclure en coordination avec les caisses de sécurité sociale concernées, les conventions prévues par la loi,
- Procéder à l'immatriculation des assurés sociaux bénéficiaires,
- Assurer en ce qui la concerne, l'information des bénéficiaires,
- Rembourser les dépenses occasionnées par le fonctionnement des diverses commissions ou juridictions appelées à trancher suite à des litiges nés des décisions rendues par la caisse,

²³ Institut national du travail (INT) : Droit de la sécurité sociale, édition (INT) Alger 2001, pages 86.

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

Le fonctionnement de l'assurance maladie peut être résumé dans l'organigramme suivant :

Schéma n°1 : organigramme de fonctionnement de l'assurance maladie



CONSEIL D ADMINISTRATION
*18 représentants des travailleurs,
*07 représentants des employeurs,
*02 représentants des travailleurs de la fonction publique,
*02 représentants des personnels de la CNAS.

CONSEIL D'ADMINISTRATION
*06 représentants des professions commerciales,
*04 représentants des professions agricoles,
*04 représentants des professions libérales,
*04 représentants des professions artisanales,
*02 représentants des professions .industrielles,
-1 représentant du personnel de la CASNOS.

CA : Le conseil d'administration.

DG : Le directeur générale

Source : réalisé par nos soins d'après plusieurs documents.

* Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd. OPU, Algérie, 2004.

* Hannouz M., Khadir M. : Précis de sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux, éd.OPU, Alger, 1996.

3-2-Les bénéficiaires et les conditions de couverture sociale

Selon l'article 3 de la loi n°83-11 relative aux assurances sociales sont bénéficiaires de l'assurance maladie toutes personnes en qualité d'assuré. Les travailleurs salariés, quel que soit leur secteur d'activité, Les travailleurs indépendants exerçant pour leur propre compte, les anciens travailleurs titulaires d'avantage de sécurité sociale (pensions invalidité ou de retraite, rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle, allocation de l'assurance chômage). Suite à l'article 5 de la même loi, sont aussi bénéficiaires les personnes se trouvant dans une situation leur conférant la qualité d'assuré sociale (étudiant, apprentis, handicapé, anciens combattant, démunis bénéficiant de l'aide sociale de l'Etat).

Comme bénéficiant des prestations de l'assurance maladie les ayants droit des assurés, le conjoint ; les enfants à charge (jusqu'à 18 ans dans tous les cas, 21ans pour les étudiants, 25ans pour les apprentis et sans limites d'âge pour les infirmes et les filles au foyer) ainsi que les ascendant à charge lorsque leurs ressources ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite).

Les conditions d'ouverture de droit sont reconnues pour leurs souplesses. En fait, il suffit d'avoir travaillé 15 jours au cours du trimestre civile précédant la date des soins ou de l'arrêt de travail ou pendant soixante jours au cour des douze mois précédant ces mêmes dates²⁴.

3-2.1. Les prestations de l'assurance maladie

L'assurance maladie en Algérie offre une gamme variée de prestations ; prestations en espèce et en nature.

3-2-1-1-Prestations en nature

Selon l'article 8 de l'ordonnance n° 96-17 du 6 juillet 1996 modifiant et complétant la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983relative aux assurances sociales ; les prestations en nature de l'assurance-maladie comportent la couverture des frais de soins de santé ²⁵ de chacun des assurés et de ces ayants droit :

- frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques,
- frais d'hospitalisation ;

²⁴ CNAS : « l'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes de soins de santé ». 2005.

²⁵ Loi n°83-11 du 2juillet 1983 relative aux assurances sociales, p, 11-98.

- frais des diverses explorations (biologiques, radiologiques, électro radiologiques, endoscopiques, isotopiques...),
- frais de soins et de prothèses dentaires,
- frais d'optique médicale,
- frais de cures thermales,
- frais d'appareillages et de prothèses,
- frais d'orthopédie maxillo-faciale,
- frais de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle,
- frais de transport nécessité par l'état du malade.

Les prestations en nature sont prises en charge au taux de 80% des tarifs de remboursement²⁶. Toutefois, l'article 59 de la loi n°83 fixe le ticket modérateur ; qui représente la part de prise en charge des frais de soin par les assurés, à un taux unique de 20% pour l'ensemble des frais (voir l'article 8 de la loi n°83). Le taux de remboursement est porté à 100% dans les cas suivants :

- En cas de soins répétitifs et/ou coûteux (maladies chroniques, intervention chirurgicale importante, hospitalisation de plus de 30 jours);
- Pour certaines prestations (rééducation fonctionnelle, planning familial);
- Pour les pensionnés d'invalidité ou de retraite dont le montant de la pension est inférieur au salaire national minimum garanti;
- pour les rentiers d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 50 %.

En fait, l'assuré paye à l'avance les frais de soins et il sera remboursé par sa caisse de sécurité sociale sous la condition que les soins aient prescrite par un médecin ou par toute autre personne habilité à cet acte par la réglementation²⁷. Toutefois l'assuré et ses ayants droits ont la liberté du choix du médecin et d'établissements hospitaliers. L'assuré est dispensé de faire l'avance des frais, lorsqu'il s'adresse à des établissements de soins conventionnés avec la sécurité sociale, dans le cas des malades chroniques lorsqu'ils

²⁶ Trif réglementaire pour les actes médicaux, prix public de vente pour les médicaments, tarif réglementaires ou conventionnels pour les autres prestations.

²⁷ Selon l'article 10 de la loi n83-11 relative aux assurances sociales.

s'adressent à une officine pharmaceutique conventionnée dans le cadre du système du tiers payant. En fait le nombre d'officines pharmaceutiques conventionnées avec la CNAS passe de 2773 en 2002 à 6968 en 2006²⁸.

Les chiffres du tableau ci-dessous ainsi que leurs représentations graphique montrent leur importance. En fait, elles ont connu une augmentation ; elles passent de 31517 million de DA pour atteindre 97358.12 million de DA. L'importance des prestations offertes peut expliquer l'importance des dépenses de l'assurance maladie ainsi que son importance au niveau des dépenses des assurances sociales.

3-1-2-Les prestations en espèce

Des prestations en espèces, destinés à compenser le salaire perdu à l'occasion d'un arrêt de travail pour raison de maladie.

Elles sont versées sous forme d'indemnités journalières, servies à compter de la date d'arrêt de travail pour maladie prescrit par un médecin et pour une période maximale de trois ans. Le montant de l'indemnité journalière est égal à :

- 50 % du salaire journalier soumis à cotisation de la sécurité sociale du premier au quinzième jour d'arrêt de travail;
- 100 % du même salaire:
 - A compter du seizième jour d'arrêt de travail;
 - A compter du premier jour d'arrêt de travail, si l'assuré est hospitalisé ou s'il est reconnu atteint d'une affection de longue durée (liste fixe par voie réglementaire).

L'indemnité journalière ne peut pas être inférieure à 50 % ou à 100 % du montant du salaire national minimum garanti; elle fait l'objet de revalorisation pour tenir compte des augmentations de salaires intervenues au cours d'arrêt de travail. Seulement les assurés bénéficient de ses prestations en espèce contrairement aux prestations en nature ou chacun bénéficie des prestations assurés et ayants droit.

²⁸ Mahfoud Nacera : « Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie ». Mémoire magistère.2009.

Conclusion

Le système de santé Algérien est confronté à un défi majeur ; l'amélioration de la santé de la population ; et cela ne peut se faire qu'avec la mise en place d'une organisation qui permette aux intervenants d'agir ensemble. A titre d'illustration, le développement du secteur privé et la non-coordination des deux secteurs (public et privé) pour la prise en charge des patients. L'enjeu est donc de mettre en place une organisation dans laquelle les secteurs public, parapublic et privé, coexistent avec un objectif commun : la prise en charge de la santé de la population.

La mission essentielle de l'assurance maladie est de permettre à tous les assurés sociaux et à leur famille d'accéder à des soins de la meilleure qualité possible afin d'améliorer leur état de santé. L'élargissement de la couverture des soins de santé par l'assurance maladie à un double effet; elle améliore l'accès aux soins à toutes la population d'un côté. Comme elle cause l'accroissement des dépenses de santé ce qui remet en cause la situation financière des organismes financeurs d'un autre côté.

La réglementation algérienne en matière de l'assurance maladie et le bénéfice de ces prestations sont très forte, mais peu de ces textes sont appliqués à cause du manque de contrôle. En fait, un grand nombre des travailleurs prennent des congés de maladie rémunérés à 100% du salaire de poste pour s'adonner à d'autres activités dans le secteur informel.

CHAPITRE II
LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE
EN ALGERIE

CHAPITRE II : LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE

Introduction

La mission essentielle de l'assurance maladie est de permettre à tous les assurés sociaux et à leurs familles, d'accéder à des soins de la meilleure qualité possible en s'appuyant sur le principe de la couverture universelle.

Durant ces dernières années, les dépenses de l'assurance maladie ne cessent de croître surtout avec les effets de la triple transition ; économique (désengagement progressif de l'Etat), démographique (vieillesse de la population,...) et épidémiologique (le poids des maladies chroniques...) ce qui remet en cause les modalités de prise en charge. En fait, l'un des défis majeur de l'assurance maladie est comment réaliser l'équilibre entre la couverture universelle tout en gardant son financement pérenne. Selon L.Larbi, plusieurs analyses indiquent que le système de l'assurance maladie arrive à un stade de non correspondance de ses principes à la réalité économique et sociale actuelle¹.

L'objectif de ce chapitre est de montrer les difficultés du financement de l'assurance maladie en Algérie et la nécessité d'entreprendre des réformes.

Ce chapitre est organisé en trois sections. La première portera sur le cadre réglementaire du financement de l'assurance maladie en Algérie. Dans la deuxième section, nous allons voir l'état des lieux de l'assurance maladie en Algérie. Enfin, dans la troisième section, nous tenterons d'étudier la situation financière des organismes financeurs.

SECTION 1 : Le cadre réglementaire du financement de l'assurance maladie

Nous tenterons tout au long de cette section de présenter les différents textes réglementaires algériens sur le financement de l'assurance maladie.

Le financement du système de sécurité sociale en Algérie est basé sur le taux de cotisations qui varie d'un régime à un autre suite aux prestations versées aux assurés. Les

¹ L.Lamri : « Monographie de l'assurance maladie en Algérie », 2001.

cotisations sociales représentent dans la plupart des pays du monde plus de 70% des recettes de sécurité sociale, les autres types de ressources : impôt et taxes affectés à la sécurité sociale, contributions publiques ne revêtent qu'un caractère supplétif (dans le financement du système de sécurité sociale). Elle touche les ménages et les entreprises, elle est prélevée sur les revenus des salariés et les revenus de remplacement. Par ailleurs on distingue deux types de cotisations.

- **La cotisation salariale** : Elle représente la part du salaire non fiscalisé qui alimente les différents régimes de sécurité sociale des salariés et qui permettent à l'assuré et ses ayants droit d'obtenir des droits à une couverture sociale pour chaque risque dont la prise en charge est prévue par les organismes de la sécurité sociale et qui est en fonction du salaire. Nous distinguons la cotisation à taux plein et la cotisation à taux réduit.
- **La cotisation patronale** : elle correspond à la contribution des employeurs au financement de la couverture sociale de leurs salariés, c'est un complément du salaire car elle est déterminée en fonction du salaire.

Au sens de l'article 6 de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, sont obligatoirement affiliées aux assurances sociales, les personnes, quel que soit leur nationalité, occupées sur le territoire national, salariées ou travaillant, à quelque titre que se soit, pour un ou plusieurs employeurs, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ou de leur relation de travail.

Le financement des dépenses des assurances sociales, selon l'article 72 de la loi n°83-11, est assuré par les cotisations obligatoires des employeurs ainsi que des salariés. Suite à l'article 73 de la même loi sont exonérés du paiement de ces cotisations :

- Les moudjahidines et les titulaires de pensions,
- Les personnes handicapées physiques ou mentales,
- Les étudiants,

- Les personnes recevant un salaire inférieur ou égal au salaire national minimum garanti,
- Les bénéficiaires du soutien de l'Etat aux catégories défavorisées et démunies.

L'article 17 et 18 de la loi n°83-14, stipule que le versement des cotisations de sécurité sociale incombe à l'employeur. L'ordre des versements de chaque rémunération quel que soit sa forme ou sa nature, l'employeur est tenu d'effectuer le prélèvement de la quote-part due par le travailleur. Concernant les cotisations des travailleurs non-salariés, selon l'article 22 de la même loi, font l'objet d'un versement annuel par les intéressés dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Les taux de cotisation est fixé suite à l'article 1^{er} du décret législatif n°94-12 du 26 mai 1994. Ils ont subi plusieurs modifications depuis les années 90, selon les objectifs de la politique économique du pays. Le décret exécutif n°06-339 du 25 septembre 2006 modifiant le décret exécutif du 6 juillet 1994 fixant la répartition du taux de cotisation de sécurité sociale.

La sécurité sociale dispose de plusieurs ventilations des taux de cotisations, selon le régime auquel appartient l'assuré. Parmi lesquels, le taux pratiqué pour le régime général, est le plus utilisé, puisque il englobe la majorité des tranches des travailleurs : les fonctionnaires, les travailleurs du secteur privé,... Le taux de cotisation est fixé au 1^{er} janvier 2010 à 36% qui est partagé ainsi :

- 25% part patronale.
- 10% part ouvrière.
- 1% du fond des œuvres sociales.

Par ailleurs, l'assiette des cotisations est fixée par l'ordonnance n°95-01 du 21 janvier 1995 « elle est constituée de l'ensemble des éléments du salaire ou du revenu proportionnel aux résultats de travail, à l'exclusion des prestations à caractère familial, des indemnités représentatives de frais, des primes et indemnités à caractère exceptionnel et des indemnités liées à des particularités de résidence et d'isolement ». En fait, d'après l'article 02 de la même ordonnance, les éléments du revenu exclus, sont :

- ❖ Les prestations à caractère familial, dont :
 - Les prestations familiales et les primes de scolarité versées au titre de la législation de sécurité sociale,
 - L'indemnité pour salaire unique,
 - Les primes de naissance, de mariage et toutes les autres primes versées à l'occasion d'un événement familial,
- ❖ Indemnités représentatives de frais, à savoir les primes et indemnités de panier, de véhicule, certains frais d'outillage ou vestimentaires lorsqu'ils sont exigés pour l'accomplissement du travail, les frais de déplacement, de transport, les frais de mission, ainsi que les prestations en nature.
- ❖ Primes et indemnités à caractère exceptionnel, à savoir :
 - Les sommes réparant un préjudice, telle que l'indemnité de licenciement,
 - Les primes, indemnités ou gratification à caractère exceptionnel, telle l'indemnité de départ à la retraite,
- ❖ Les indemnités liées à des conditions particulières de résidence et d'isolement, notamment les primes versées à des travailleurs soumis au moins, à deux des contraintes suivantes :
 - Logement en cabine mobile, tente, campement itinérant ou base de vie,
 - Système de travail par relève nécessitant un cycle continue de plusieurs semaines de travail effectif, suivies d'une période de repos pendant laquelle l'indemnité n'est pas servie aux travailleurs,
 - Lieu de travail éloigné de tout centre urbain et difficile d'accès.

Concernant les non-salariés, la cotisation est calculée en fonction du revenu annuel global de l'affilié suite au décret exécutif n° 85-35. Le taux de cotisation est fixé à 15%. L'Article 14 du même décret stipule qu'annuellement, et au plus le 31 décembre, l'administration des impôts directes communique, à l'organisme de sécurité sociale compétent les informations comportant, notamment, les noms contribuables non-salariés ou à défaut leur chiffre d'affaires. Dans le cas où le revenu annuel n'est pas établi, l'évaluation de l'assiette de

calcul, au regard de la législation de sécurité est effectuée par rapport au chiffre d'affaire des pourcentages suivants² :

- 15% en ce qui concerne les redevables dont le commerce est de vendre des marchandises ;
- 30% en ce qui concerne les redevables prestataires des services.

Lorsque ni le revenu imposable ni le chiffre d'affaire fiscal ne sont établis, l'assiette de cotisation et provisoirement égale au montant annuel du salaire national minimum garanti SNMG.

Par ailleurs, on cite d'autres sources de financement à savoir l'intervention du budget de l'Etat notamment pour certaines catégories particulières d'assurés sociaux et les démunis non assurés sociaux, le revenu des fonds placés des caisses, les majorations et pénalités de retard et autres sanctions pécuniaires pouvant être prononcée à l'encontre des employeurs défaillants en matière d'obligations de sécurité sociale (loi n°83-14 modifiée et complétée par la loi n°04-17 du 10 novembre 2004- loi n°08-08 du 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale).

SECTION 2 : Etat des lieux de l'assurance maladie en Algérie

Durant cette section nous essayerons d'étudier la situation de l'assurance maladie en Algérie tout en analysant ces dépenses et ces recettes.

2-1-Les dépenses de l'assurance maladie

L'évolution des dépenses d'assurance maladie ont connu une augmentation importante durant la période allant de 1999 à 2007. En fait, elle passe de 20961.46 million de DA en 1999 pour atteindre 73256.24 million de DA en 2007, soit une augmentation de 71.38%.

Pour les dépenses d'assurance maladie en pourcentage du PIB sont relativement faibles, elles tournent au tour de 0.65% et 0.78%. Ces pourcentages s'expliquent par l'amélioration du PIB suite aux recettes générées par les hydrocarbures³. Concernant la dépense d'assurance

² CASNOS : faits connaissance avec la CASNOS, 2006. P 21.

³ Elles représentent 98% du total du PIB en 2007.

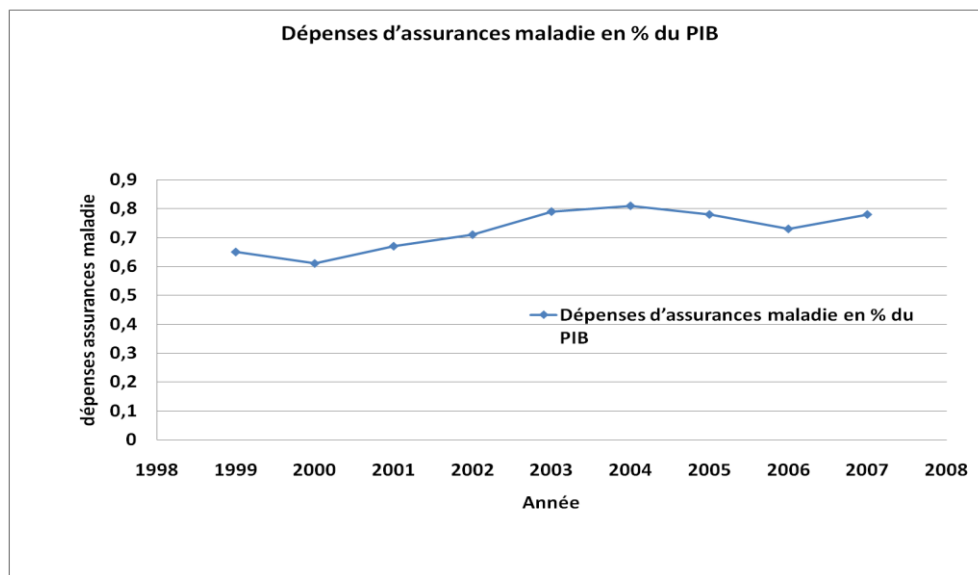
maladie par habitant, elle a connu un accroissement continu. En fait, elle passe de 699.53 DA pour atteindre 2167.34 DA en 2007. Soit une multiplication par 3 au bout de 9 ans.

Tableau n°7 : évolution des dépenses d'assurance maladie en million de DA

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Dépenses d'assurances maladies	20961,46	25194	28672,90	32380,96	41607,46	49884,44	58771,86	62463,04	73256,24
Evolution en %	-	16,8	12,13	11,45	22,17	16,6	17,81	5,90	14,73
Evolution du PIB	3215100	4099000	4242000	4521800	5247500	6127000	7519000	8463500	9389600
Evolution du PIB en %	-	21,56	3,37	6,6	13,82	14,35	18,51	11,15	9,86
Dépenses d'assurances maladie en % du PIB	0,65	0,61	0,67	0,71	0,79	0,81	0,78	0,73	0,78

Source : réalisée par nos soins d'après les données collectées auprès de la direction générale de la CNAS

Graphique n°1 : l'évolution des dépenses d'assurance maladie en % du PIB.



Source : réalisé par nos soins d'après les données du tableau n°7.

Pour montrer l'effet de l'inflation sur les dépenses d'assurance maladie, nous analyserons les dépenses d'assurances maladie en DA courant et en DA constant.

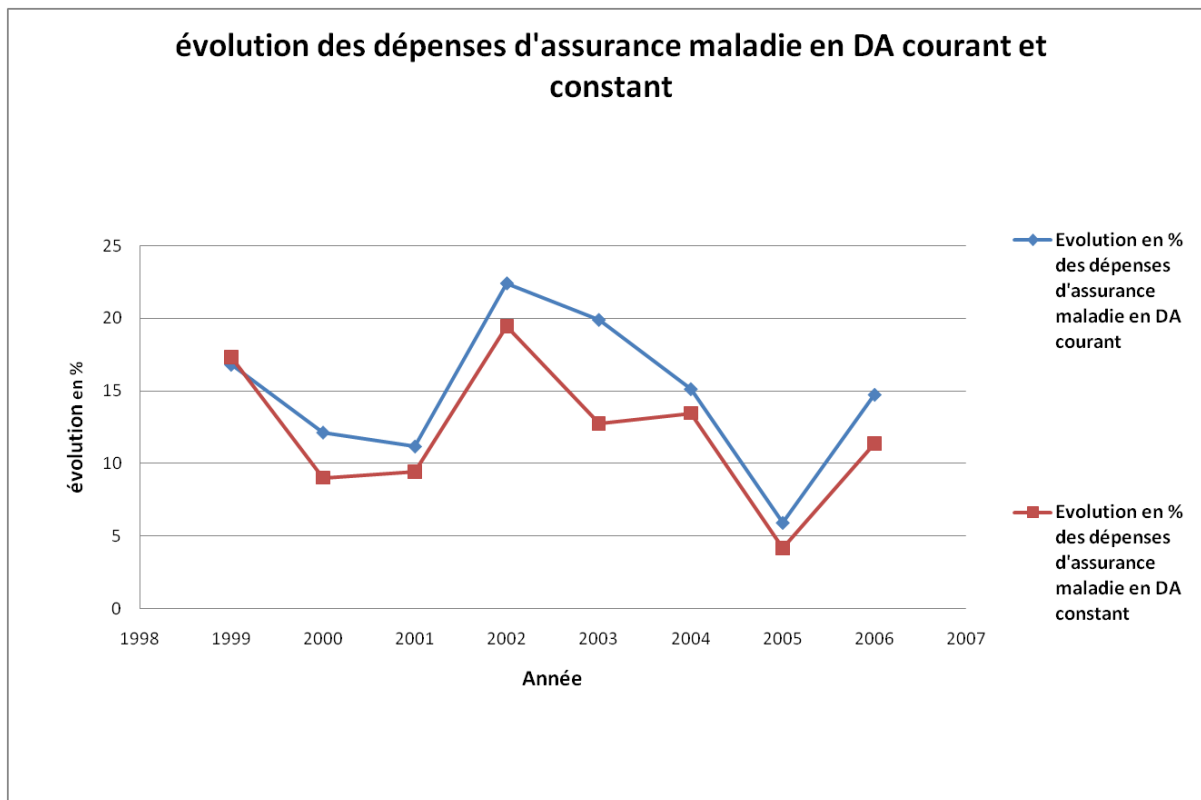
Tableau n°8: Evolution des dépenses d'assurance maladie en DA courant et en DA constant (millions de DA).

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
en DA courant	20961	25194	28672	32280	41607	49884	58771	62463	73256
Evolution en %	-	16.80	12.13	11.17	22.41	19.89	15.12	5.91	14.73
en DA constant	3728	4509	4958	5476	6800	7796	9012	9408	10619
Evolution en %	-	17.32	9.05	9.45	19.47	12.77	13.49	4.20	11.40

Source : réalisé par nos soins d'après les données collectées auprès de la direction générale de la CNAS.

On constate d'après ce tableau, que les dépenses d'assurances maladie ont baissé en valeurs relative mais pas en valeurs nominales. Ainsi, les dépenses d'assurance maladie ont été multipliées par 3 en DA courant et par 2 en DA constant entre 1999 et 2007.

Graphique n°2: Taux d'évolution des dépenses d'assurances maladie en DA courant et en DA constant



Source: réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau n°8.

On remarque d'après la représentation graphique que l'évolution des dépenses d'assurance maladie en Dinar courant est supérieure à celles en Dinar constant. Mais tout au long de cette période le taux d'évolution des dépenses d'assurance dinar constant coïncide avec celui du dinar constant, ce qui permet d'expliquer le rapprochement des deux courbes. En fait, l'inflation est maîtrisée durant cette période, soit 3.51%⁴ en 2007. Contrairement aux années précédentes où il atteint en 1991 et 1995 les taux ; 25% et 28%⁵ respectivement. En effet en 2000, la stabilisation de l'évolution de l'inflation a été rendue possible notamment par l'application des politiques budgétaires et monétaires adéquates notamment par :

*La relative stabilité du taux de change du dinar par rapport aux monnaies de nos principaux partenaires commerciaux à l'importation.

⁴ www.mf.ov.dz

2-2- Les facteurs d'accroissement des dépenses d'assurance maladie

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'accroissement des dépenses d'assurance maladie. Le vieillissement de la population, et la double prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles, le désengagement progressif de l'Etat...etc. Tous ces facteurs peuvent être englobés dans les effets de la triple transition qu'a connue l'Algérie dans le domaine économique, démographique et épidémiologique.

2-2-1-La transition épidémiologique

La transition épidémiologique est affirmée par un accroissement du poids des maladies non transmissibles, les maladies chroniques dites de l'opulence comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, la santé mentale et les pathologies des accidentés de la route. Et la persistance des maladies transmissibles, dites de sous-développement. Cette prévalence des maladies non transmissibles est conséquente du prolongement de la longévité, du changement dans le mode de vie, et l'évolution des principaux déterminants sanitaires. Depuis 2002 les maladies non transmissibles sont devenues les premières causes de mortalité avec un poids de 55%⁶.les chiffres du tableau permet de montrer clairement l'ampleur que prend les maladies chroniques.

Dans un premier temps, on présente quelque chiffre sur les maladies transmissibles. On remarque clairement la persistance des maladies transmissibles, malgré les différents programmes de lutte contre ces maladies. A l'exemple du décret 69-88 du 19 juin 1969, qui porte sur l'obligation et la gratuité des vaccinations contre les maladies contrôlables par vaccination⁷ (la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la Coqueluche et la poliomyélite). Par ailleurs, la Rougeole semble la moins maîtrisée comparativement aux autres maladies. On recense en 1997 et 2003 respectivement 18536 cas et 12688cas. Puis on enregistre une baisse depuis 2004 pour atteindre 823 cas en 2007 pour atteindre 3544 en 2013. Néanmoins, elle reste toujours un problème de santé publique. On remarque aussi l'importance des cas de

⁶ Brahamia.B : le système de santé Algérien dans la transition.

⁷ Ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière : « programme national d'éradication de la poliomyélite ». www.ands.dz

Typhoïde enregistrés ; 4834cas en 1997. Le nombre de cas a connu une baisse pour atteindre en 2007 637cas ; mais il reste toujours important comparativement aux autres maladies.

Quant au Tétanos, maladie rare mais persistante malgré les efforts de vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer. Pour la Coqueluche, maladie en nette régression depuis 1997 ; 32cas ; puis à partir de l'an 2000 le nombre de cas à progresser pour atteindre 141cas en 2001⁸. La Diphtérie a connu une baisse significative pour être éradiqué en 2007(0 cas depuis 2007).

Tableau n°9: évolution de quelques maladies transmissibles entre 1997 et 2013.

	Typhoïde	Rougeole	Tétanos	Diphtérie	Coqueluche
1997	4834	18536	32	62	31
1999	2881	2295	18	17	7
2001	2077	2423	14	3	141
2003	1110	15362*	2	7*	22*
2005	918	2599	9	3	55
2007	637	823	7	0	47
2009	781	2248	7	0	117
2011	217	1486	7	0	27
2012	232	1891	10	0	132
2013	177	3544	12	0	124

Source :

1-www.ons.dz

2-* : **ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : « la santé des Algériennes et des Algérien ».décembre 2004.**

3-www.insp.dz (institut national de santé publique : relevé épidémiologique annuel, ANDS, Alger, 2005, 2006, 2007).

⁸ Ces cas sont essentiellement les nourrissons âgés de moins de 3mois (non encore vaccinés).

Passant aux maladies non transmissibles. En juin 2005, dans le cadre d'un projet de recherche sur la transition épidémiologique, l'INSP a réalisé une enquête qui montre clairement la prévalence des maladies non transmissibles.

L'hypertension artérielle vient largement en tête des pathologies chroniques les plus fréquentes avec un taux de 24.58% puis vient le diabète avec 12.33%, suivi de l'asthme 9% et des rhumatismes 8.15%. Les autres pathologies cardiovasculaires, les maladies mentales et les handicaps sensoriels sont retrouvés dans des proportions non négligeables (6.80%, 5.44%, et 4.60% respectivement). Cette évolution augmente sensiblement avec l'âge. En effet, cette prévalence est estimée en 2006 à 51% chez les personnes de 60ans et plus et que de 8.65% chez la tranche allant de 35ans et 59 ans⁹. L'accroissement des maladies non transmissibles est du à plusieurs facteurs comme le changement des modes de vie en matière de la consommation alimentaire, la sédentarité.

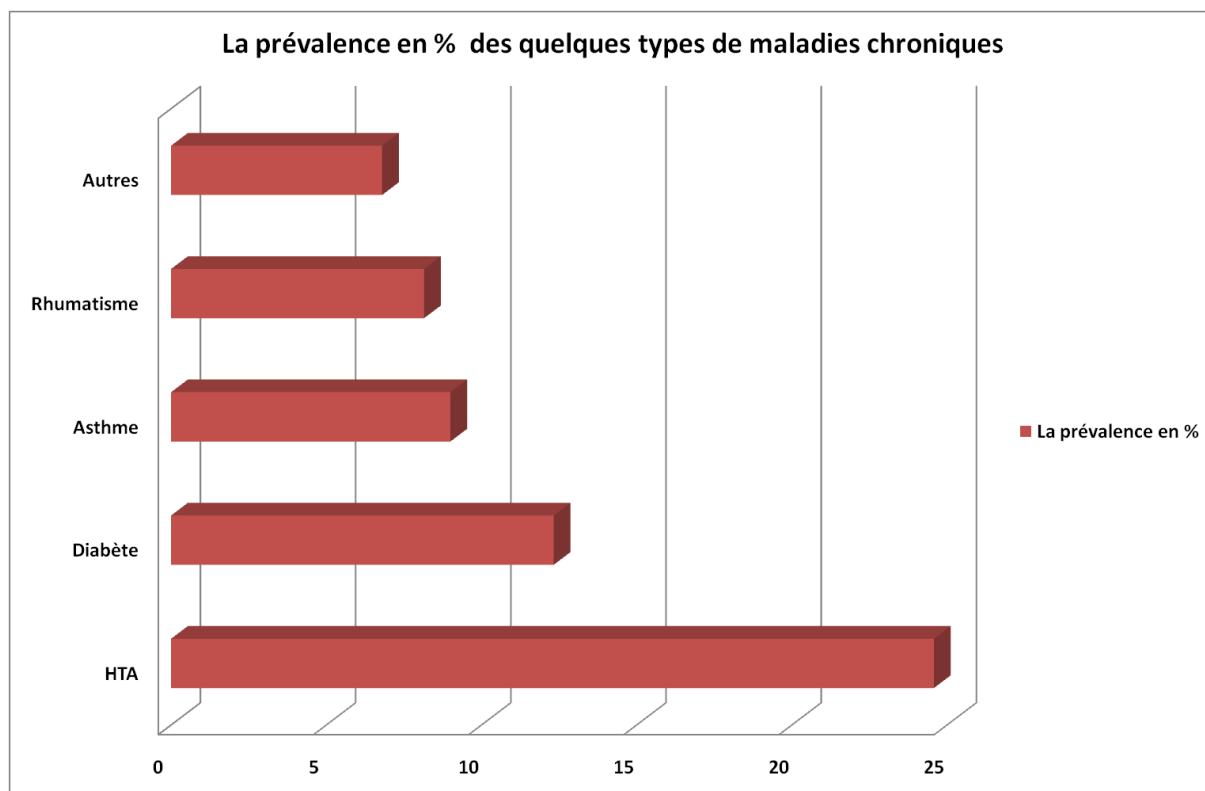
Tableau n°10 : La prévalence de quelques maladies chroniques en 2005.

Type de maladie chronique	La prévalence en %
HTA	24.58
Diabète	12.33
Asthme	9
Rhumatisme	8.15
Autres	6.80

Source : INSP : « Transition épidémiologique et système de santé », novembre 2007.P7.

⁹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière : suivit de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, P 32.

Graphique 3 : prévalence de quelques maladies chroniques en 2005



Source : réalisé d'après les chiffres du tableau n°10.

La double prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles pourrait menacer les équilibres des comptes de l'assurance maladie¹⁰. En fait, plusieurs études montrent que les coûts de prise en charge des maladies lourdes sont extrêmement élevés comparés à ceux des maladies transmissibles¹¹.

2-2-2-La transition démographique

Cette transition se manifeste par une croissance démographique induisant un triplement de la population Au bout de 38ans (de 1962-2000).La population total est estimée à 35.1 million d'habitants au 1^{er} janvier 2009, puis elle passe à 35.7 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2010 puis 37.9 millions d'habitants en 2013. L'évolution de quelques indicateurs démographique, nous montre clairement cette transition. Le taux d'accroissement

¹⁰ Brahamia.B: quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie.

¹¹ Lamri.L : Le système de sécurité sociale en Algérie ; Une approche économique. P 165.

démographique était de 3.4% en 1962 puis il ralentit pour atteindre 1.51% en 1999 et 1.69% en 2005. Ce ralentissement peut être expliqué par la diffusion de la contraception. La prévalence de la contraception était de 8% pour passer en 1999 à 55.1% et 64.6% en 2005¹².

La fécondité a connu une baisse appréciable notamment durant la décennie 90. L'ISF¹³ était de 7.1 en 1962 pour atteindre 2.66 en 1999 et 2.10 en 2005 pour passer 3.02 en 2012. Cet infléchissement de la fécondité peut être expliqué par le recul de l'âge de mariage ajoutant à la contraception. En fait, l'âge moyen au mariage de l'homme passe de 23.8ans en 1962 pour passer à 33ans en 2005. De même pour l'âge moyen de mariage des femmes il passe de 18 ans à 29.6 ans en 1962 et 2005 respectivement.

Par ailleurs, cette transition se manifeste aussi par une modification de l'aspect de la pyramide des âges. La proportion de la population de moins de 15ans connaît une diminution progressive ; elle passe de 45% en 1962, à 35.1% en 1999 et en 2005, elle ne représente que 28.9%. Quant à la tranche d'âge allant de 15ans à 59ans à connu un élargissement pour représenter 63.8% en 2005. Enfin, il est à relever une augmentation progressive de la part des personnes âgées de 60ans et plus, signe d'un vieillissement à venir de la population, nécessitant d'ors et déjà l'adaptation des services et des actions de santé¹⁴. En effet, le vieillissement de la population va peser lourdement sur le système de sécurité sociale et notamment sur la branche assurance maladie pour les multiples prise en charge médicale.

2-2-3-La transition économique

Elle se manifeste par le passage d'une économie administrée à une économie de marché, dans un contexte de crise économique qui renvoie ces origines à 1986, et à la chute brutale des prix du pétrole. En effet, les prix ont connu une baisse de 66% au bout d'une année, il passe de 30\$ en 1985 à 10\$ en 1986, ce qui implique une chute brutale des recettes d'exportation des hydrocarbures. Par ailleurs, la mise en place du PAS et le rééchelonnement de la dette extérieure en 1994 ont eu des effets négatifs sur le plan sociale : détérioration du niveau de vie, inflation galopante, chômage exorbitant, paupérisation des couches sociales. Mais nous intéresserons aux seuls effets de cette crise sur le système d'assurance maladie dont on peut citer l'effet, du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du

¹² RESSMA IX, RABAT: « système national de santé Algérie ». Juin 2007.

¹³ Indice synthétique de fécondité : représente le nombre d'enfant par femme.

¹⁴ Ministère de la santé de la population de la réforme hospitalière : développement du système national de santé, stratégies et perspectives, 2001.

système de sécurité sociale. Aussi l'effet des indicateurs économiques (le taux d'inflation et le taux de change) sur les dépenses d'assurance maladie.

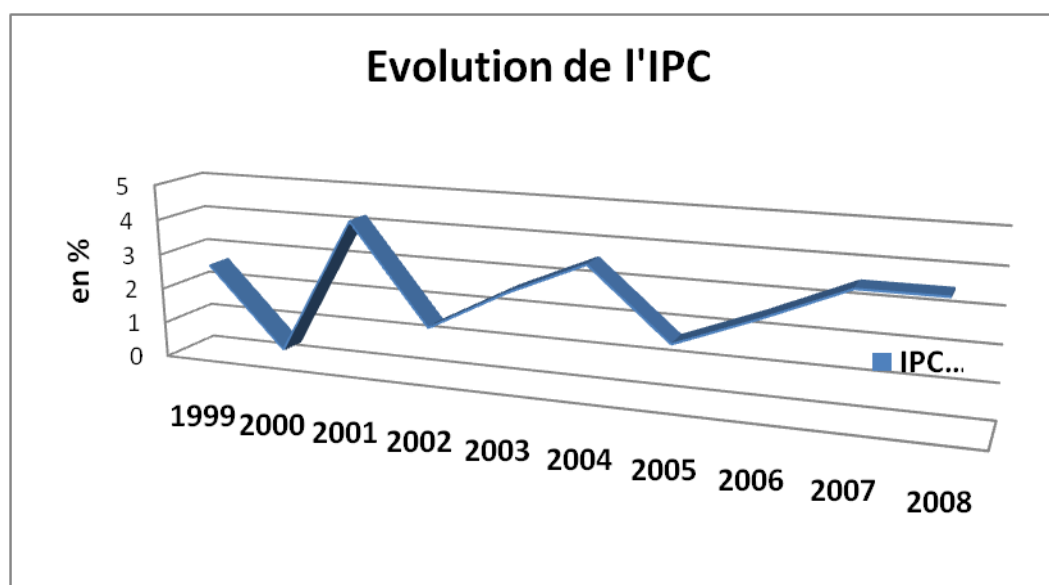
Le taux d'inflation passe de 3% à 3.5% selon la loi de finance complémentaire de 2008. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution de l'indice des prix à la consommation.

Tableau n°11 : évolution de l'IPC entre 1999 et 2008.

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
IPC en %	2.64	0.34	4.23	1.42	2.59	3.56	1.64	2.53	3.5	3.5

Source : ministère des finances. In www.mf.gov.dz

Graphique n°4 : Evolution de l'indice des prix à la consommation entre 1999 et 2008.



Source : réalisée par nos soins d'après les chiffres du tableau n°11.

L'indice des prix à la consommation passe de 2.5% en 2006 à 3.5% en 2007, cette augmentation peut être expliquée par la progression des prix des produits alimentaires. Selon l'évolution de l'indice des prix à la consommation, la santé représente le deuxième déterminant du taux d'inflation en Algérie avec un IPC de 3.03% en 2007¹⁵ juste après les produits alimentaires avec 6.53%¹⁶. La santé correspond donc à un poste important de dépense surtout avec sa forte croissance en valeur.

¹⁵Kassa.F : « Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie » .mémoire de magister 2009.

¹⁶ Ministère des finances : le comportement des principaux indicateurs macro-économiques et financier. In www.mf.gov.dz page 17.

Concernant le taux de change, le dinar s'est échangé en 2007 à 69.36 DA pour 1\$ et à 95DA pour 1 euro contre respectivement 72.64DA et 91.24DA en 2006. Ce taux de change est considéré comme une entrave pour les caisses d'assurance maladie en raison de la lourde facture des importations de médicaments. Ce phénomène est accentué surtout avec l'ouverture du marché de médicament aux importateurs privés et la levée du monopole public.

2-2- Les ressources de l'assurance maladie

Le financement du système d'assurance maladie en Algérie est basé sur un financement par répartition. Un financement dépendant des travailleurs et des employeurs. Il correspond à un financement par des cotisations prélevées sur les salaires des travailleurs actifs. En fait, les prestations de l'assurance maladie sont couvertes par ces cotisations, ce qui montre clairement la notion de solidarité entre les actifs cotisants et inactifs bénéficiaires.

Les recettes sont le produit d'une cotisation moyenne par le nombre de cotisant ; c'est-à-dire que c'est un système dépendant du salaire et de l'emploi. Il trouve son apogée dans une période de croissance et de plein emploi. Les recettes d'assurance maladie dépendent de plusieurs déterminants : le nombre d'actifs cotisants, la masse salariale, l'assiette des cotisations et enfin le taux de cotisation.

2-2-1- Les nombres d'actif cotisants

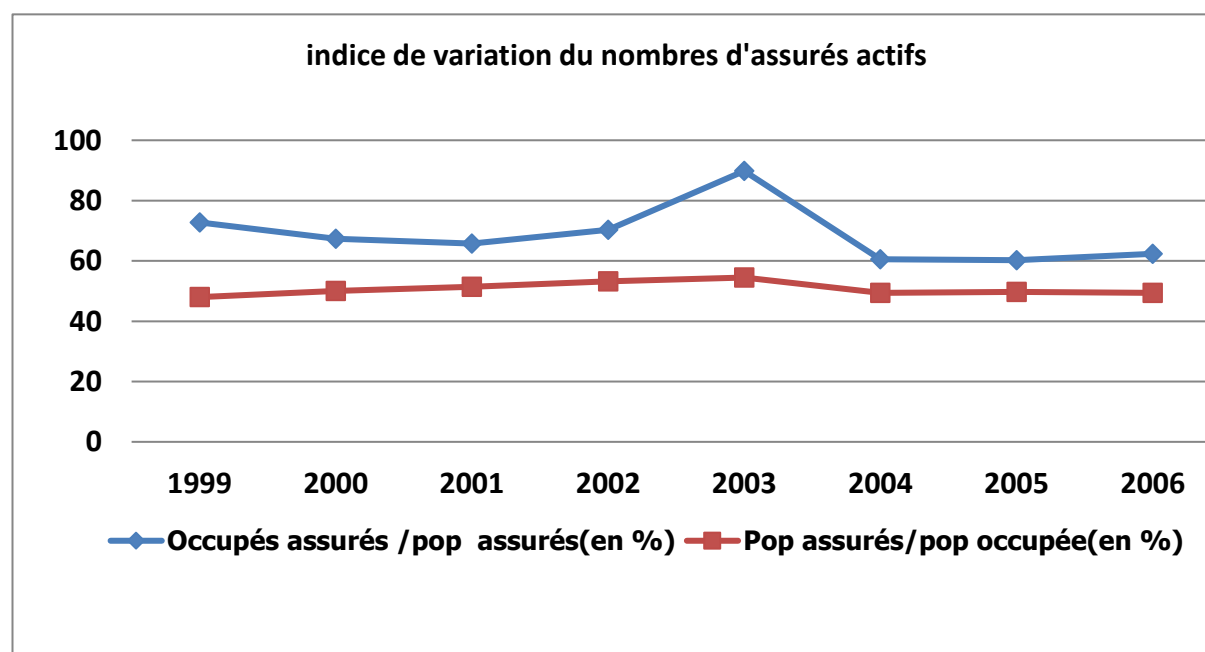
Ils représentent la base cotisante qui bénéficie des prestations d'assurance maladie moyennant le paiement des cotisations. Le nombre d'actifs cotisants a connu une augmentation durant cette période allant de 1999 à 2006; passant de 2963262 à 4249390 successivement. Soit une augmentation de 143.40% au bout de 8ans. Cependant le nombre d'actifs cotisant comparativement aux nombres d'assurés a connu une baisse. Le nombre d'actif cotisant en pourcentage de la population occupée ne représente que 47.99% en 1999 ce qui veut dire que plus de 50% n'est pas déclarés. Et en 2003 que 54.48 sont déclarés. Le travail en noir et la non déclaration fait perdre à la sécurité sociale une manne importante.

Tableau n°12 : Evolution du nombre d'assurés sociaux actifs entre 2001 et 2007 en Algérie.

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pop assurés	4074911	4692788	4873699	4872715	4055243	6369266	6756271	6816052	7337372
Occupés assurés	2963262	3158230	3204612	3425144	3642348	3854711	4070589	4249390	-
Evolution en %	-	6.17	1.44	6.43	5.96	5.50	5.30	4.20	-
Occupés assurés /pop assurés(en %)	72.71	67.29	65.75	70.29	89.81	60.52	60.24	62.34	-
Population occupée	6174000	6316000	6229097	6429487	6685655	7793766	8178669	8596274	-
Occupés non assurés	3210738	3157770	3024485	3004343	3043307	3939055	4108080	4346884	-
Pop assurés/pop occupée(en %)	47.99	50	51.44	53.27	54.48	49.45	49.77	49.43	-

Source : réalisé par nos soins d'après les données collectées auprès du ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale.

Graphique n°5 : Evolution du nombre d'assurés sociaux actif.



Source : réalisé d'après les chiffres du tableau ci-dessous.

Le nombre des occupés non salariés a connu une augmentation soit 3210738 en 1999 pour atteindre 4346884 en 2007, soit une augmentation de 26.13%. Il est capital pour les organismes d'assurance maladie de coordonner avec l'inspection de travail, pour limiter le travail en noir et lutter contre l'évasion sociale. En effet, le nombre d'infractions relevées a connu une augmentation importante ; elle était estimée à 7288 en 1999 pour atteindre 47715 en 2007, soit un accroissement de 84.72%. Pour le total des infractions relevées en 2007, est constitué de 6653 défaut de déclaration d'activité, de 25049 défauts de déclaration de salaire, 9506 sous déclaration de salaires¹⁷.

2-2-2-La masse salariale

La masse salariale, l'un des déterminants des assurances sociales, est principalement représentée par un secteur administratif et par un secteur économique et agricole. Ces deux derniers constituent le secteur hors administration. Elle a connu une augmentation importante ; elle passe de 820.7 en 1999 pour passer à 1493.80 en 2006. Soit une augmentation de 45.05%.

Tableau n°13 : l'évolution de la masse salariale en Algérie entre 1999 et 2006 (en milliards de DA).

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Administration	388.2	410.4	464.3	489.11	543.11	598.21	633.41	685.1
Hors administration	432.5	455.7	492.7	559.61	594.02	674.41	723.11	808.7
Dont secteur économique	-	-	-	502.81	530.91	602.31	647.11	719.8
Dont agriculture	-	-	-	56.8	63.11	72.1	76	88.9
TOTAL	820.7	866.1	956.9	1048.72	1137.13	1272.62	1356.52	1493.80
secteur administration /total (en %)	47.30	47.38	48.52	46.66	47.76	47	46.69	45.86
Secteur hors administration/total (en %)	52.69	52.61	51.48	53.36	52.23	52.99	53.30	54.13

Source : tableau réalisé par nos soins d'après les chiffres de l'office national des statistiques.

¹⁷ Données collectées auprès de la direction générale de la CNAS, Alger.

On remarque que la proportion de la masse salariale dans le secteur hors administration est plus importante que sa part au niveau du secteur administratif. En 2006, sa proportion dans le secteur administratif est de 45.86% et 54.13% dans le secteur hors administration. Cette situation s'explique par le fait que la question des salaires au niveau des administrations a pris un nouveau tournant notamment au cours du premier semestre 2006 où l'Algérie s'est efforcée de réduire les écarts de salaires dans le secteur économique et l'administration et de réhabiliter le savoir dans les critères de hiérarchisation des salaires dans le secteur public¹⁸.

2-2-3-Les taux de cotisations

Le taux de cotisation des assurances sociales et de versements sont fixés par la loi. Il est unique et uniforme pour tous les salaires quel que soit le secteur d'activité. Le taux de cotisation globale est ventilé entre assurances sociales, accident de travail, retraite anticipée, chômage et fonds de logements sociaux. Il est fixé depuis 1999 à 34.5% dont 9% à la charge du salarié et le reste à la charge de l'employeur. La répartition du taux de cotisation est présentée clairement dans ce tableau.

Tableau n°14 : la répartition du taux de cotisation

Branches	Employeurs	Travailleurs	Quote- part œuvres Sociales	Total
Assurances Sociales	12,50%	1,50	-	14%
Accidents du Travail et Maladies Professionnelles	1,25%	-	-	1,25%
Retraite	10%	6,75%	0,50%	17,25%
Retraite Anticipée	0,25%	0,25%	-	0,50%
Assurance Chômage	1%	0,50%	-	1,50%
Total	25 %	9%	0,50%	34,50%

Source : ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale en 2010.

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

Pour les catégories particulières inactives, le taux de cotisation à la charge du budget de l'Etat varie entre 0,5 % et 7% du SNMG.

¹⁸ CNES : Note de conjoncture, CNES, Alger, juillet, 2006 .p40.

Le taux de cotisation en Algérie est trop important comparativement aux pays voisins, à savoir le Maroc et la Tunisie ; leurs taux de cotisation est respectivement, 19.84% et 23.5%. Mais il est plus proche du taux de cotisations des pays européen tel que le Portugal, la Belgique et la France dont les taux et respectivement 34.75%, 37.67% et 49.71%¹⁹.

2-2-4-L'assiette de cotisation en Algérie

L'assiette de cotisation comme définie dans le cadre réglementaire commettant l'ensemble des éléments du salaire ou du revenu proportionnel aux résultats de travail, à l'exclusion de certains éléments du revenu définit par le décret 96-208 du 5 juin.

L'assiette de cotisation, le plus souvent identique pour la part salariale et la part patronale, correspond à l'ensemble des rémunérations versées aux salariés. Cette définition extensive inclut le salaire brut c'est-à-dire le salaire net perçu majoré des cotisations sociales mise à la charge du salarié, ainsi que la majoration prime et indemnités de toutes nature versées en complément²⁰.

L'assiette de cotisation au titre des personnes assimilées à des salariés appelées aussi catégories particulières est constituée par :

- le SNMG pour les personnes qui ne perçoivent pas de revenu ;
- le montant de la pension ou de la rente pour les titulaires de pensions ou de rentes.

Sachant que le SNMG a connu une nette augmentation au fil des années, il passe de en 1000DA en 1990 pour atteindre 12000DA en 2007, soit une multiplication par 12, puis il se stabilise²¹.

Quant à l'assiette de cotisation pour les assujettis non salariés est, elle aussi, liée au revenu : Il s'agit du revenu global soumis à l'impôt. L'appel des cotisations se fait sur la base des déclarations de revenu faites au fisc.

¹⁹ www.who.int

²⁰ Ali Filali : « le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique francophone, rapport de l'Algérie ». novembre 2006.

²¹ D'après les données collectées auprès de l'ONS .in : www.ons.dz

Tableau n°15 : évolution du salaire national minimum garantie en 1999 et 2013.

Année	SNMG
1 ^{er} janvier 1990	1000
1 ^{er} janvier 1991	1800
1 ^{er} juillet 1991	2000
1 ^{er} avril 1992	2500
1 ^{er} janvier 1994	4000
1 ^{er} mai 1997	4800
1 ^{er} janvier 1998	5400
1 ^{er} septembre 1998	6000
1 ^{er} janvier 2001	8000
1 ^{er} janvier 2004	10000
1 ^{er} janvier 2007	12000
1 ^{er} janvier 2010	15000
1 ^{er} janvier 2013	18000

Source : www.ons.dz

SECTION 3 : L'évolution de la situation financière des organismes de l'assurance maladie.

Les organismes d'assurance maladie, doivent faire face à un dilemme ; celui de satisfaire à la fois les besoins des assurées et de préserver l'équilibre entre les recettes collectées et les prestations fournies.

3-1-Evolution de la situation financière de la CNAS

L'étude de l'évolution de la situation financière de la CNAS, nous permettra de juger sa capacité de financer ses différents postes.

3-1-1-Les différents postes de dépenses de la CNAS

La CNAS intervient à la couverture du risque maladie tout en fournissant des forfaits hospitaliers à titre des subventions pour les hôpitaux publics, le financement du traitement des patients à l'étranger et le remboursement des patients pour les services dispensés par le secteur privé et les médicaments.

3-1-1-1-Le forfait hôpitaux

Conformément à l'article 65 de la loi n°83-11, du 2 juillet 1983, relative aux assurances sociales, les organismes de la sécurité sociale²², participent forfaitairement aux budgets des secteurs sanitaires, des établissements hospitaliers spécialisés, et des centres hospitalo-universitaires.

Ce forfait est fixé par voie réglementaire chaque année, la mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux pris en charges dans les établissements publics de santé et ce, dans le cadre de relations contractuelles liant la sécurité sociale et le ministère de la santé, de la population, et de la réforme hospitalière²³.

Depuis 1973²⁴, date d'instauration du « **forfait hospitalier** », la branche maladie de la sécurité sociale enregistre un déficit chronique.

La contribution forfaitaire de la sécurité sociale au budget de fonctionnement des secteurs sanitaires a augmenté de façon exponentielle : elle est passée de 120 millions de dinars en 1973, à 35 milliards de dinars en 2007²⁵, et à 38 milliards de dinars en 2008, soit une progression de l'ordre de plus de 300.17 fois la valeur attribuée en 1973.(soit une augmentation de 99.68%).

²² CNAS, CNR, CASNOS, CNAC, COCABATPH.

²³ Ministère des finances : loi de finances 2007. In www.finances-algeria.org

²⁴ CNES : rapport CNES : évolution du système de protection sociale, perspectives, conditions, et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, page 15. In www.cnes.dz

⁴ Ministère des finances : loi de finances 2007. In www.finances-algeria.org

⁵ Il s'agit d'un décret interministériel : ministère de la santé, de la population, de la réforme hospitalière. Ministère du travail et de la sécurité sociale. Et le ministère des finances.

⁶ CNES : rapport CNES : évolution du système de protection sociale, perspectives, conditions, et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, page 16. In www.cnes.dz

A l'origine de l'instauration du « forfait hospitalier », il était prévu que le secteur de la santé publique fournit les renseignements comptables et statiques nécessaires au suivi et à la maîtrise des dépenses de santé. Cette tâche n'a malheureusement jamais été réalisée.

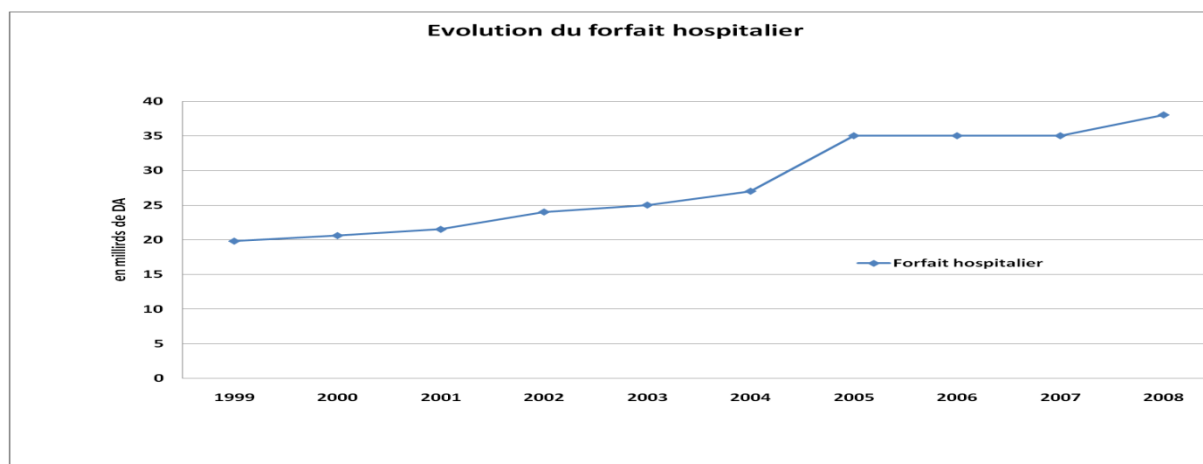
D'après l'article 65 de la loi n°83-11, du 2 juillet 1983²⁶, le montant du « forfait hospitalier » est déterminé en fonction du coût de santé et du nombre des assurés sociaux. Ces valeurs, aussi élevées, paraissent normales, si l'on sache que la population couverte par la sécurité sociale est estimée à 90%²⁷ de la population algérienne.

Tableau n°16 : évolution du forfait hospitalier de 1999 à 2008. (En milliards de Dinar)

Année	1999*	2000	2001*	2002	2003*	2004	2005	2006*	2007	2008*
Forfait hospitalier	19.8	20.6	21.5	24	25	27	35	35	35	38
Evolution en %	-	3.88	4.18	11.62	4	7.40	22.85	0	0	7.89

Source : réalisé par nos soins d'après les données de la direction générale de la CNAS.

Graphique n°6 : évolution du forfait hospitalier en milliards de DA de 1999 à 2007.



Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau n°16.

Ce mécanisme de financement possède des inconvénients dont on peut citer, la non incitation à la rationalisation des dépenses, les difficultés de connaître ce que couvre réellement ce forfait du fait de la désarticulation entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodigués aux assurés sociaux et leurs ayants droit. L'incitation des assurés à s'adresser au secteur privé du fait de la qualité des soins jugés médiocres, ce qui cause la double prise en charge des frais engagés auprès du secteur privé et le financement du secteur public. Mais des tentatives de rationalisation ont été mises en place. En fait, les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale étaient invités à développer entre eux des rapports contractuels devant se traduire par un système de facturation²⁸.

3-1-1-2-les dépenses des frais pharmaceutiques

L'examen de la structure des dépenses d'assurance maladie, montre clairement que le médicament représente le premier poste de ces dépenses. Les chiffres du tableau montrent clairement l'importance des dépenses des frais pharmaceutiques en milliards de DA. En fait, elle passe de 15,90 milliards de DA en 1999, pour atteindre 60,79 milliards de DA en 2007 soit une multiplication par 3,82.

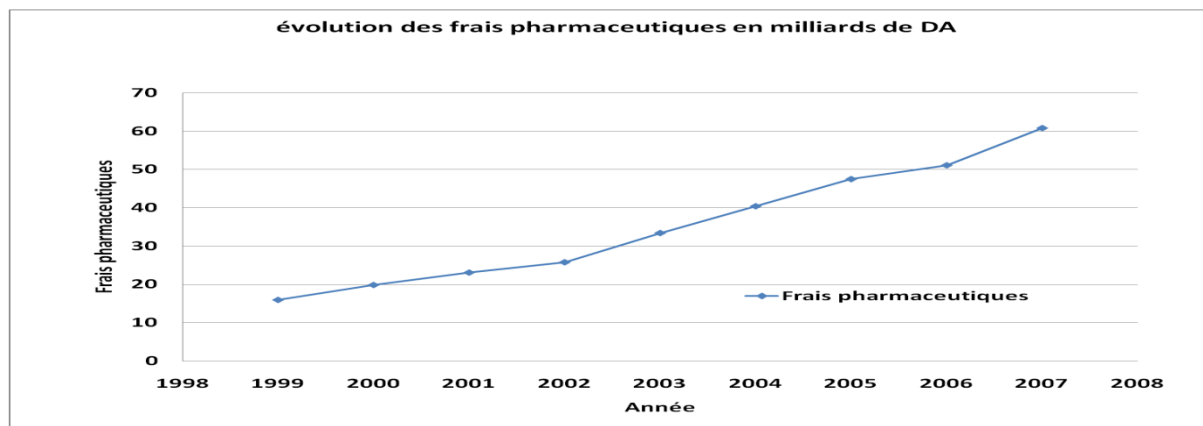
Tableau n°17 : évolution des frais pharmaceutiques en milliards de DA.

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Frais pharmaceutiques	15,90	19,80	23,05	25,74	33,37	40,37	47,46	51,07	60,79
Evolution en %	-	24,46	16,43	11,67	29,64	20,99	17,55	7,60	19,04

Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres obtenus auprès de la direction régionale de la CNAS

²⁸ L.Lamri : « Monographie de l'assurance maladie en Algérie ». septembre 2001.

Graphique n°7 : évolution des frais pharmaceutiques en milliards de DA entre 1999 et 2007.



Sources : réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau ci-dessus.

Le poste de remboursement a fortement contribué à l'accroissement des dépenses de l'assurance maladie, il a été multiplié par 32. Cette augmentation a été le fait essentiellement des prix des médicaments dont les remboursements sont de 80%. Cette fulgurante évolution à la hausse de la dépense pharmaceutique s'explique par une multitude de facteurs économiques et sociodémographiques. Les facteurs socio-démographiques consistent en l'accroissement démographique, accentué par la variation de la structure de la pyramide des âges et l'extension de la tranche de personnes âgées, grands consommateurs de médicaments. Par ailleurs, sur le plan économique, on note l'effet de l'augmentation des prix des médicaments induite par la libéralisation du marché²⁹. La dépendance du marché algérien de médicament vis-à-vis de l'étranger et la suppression du soutien au prix en 1994, qui a rendu les prix à la consommation entièrement dépendants des prix à l'importation. L'indice des prix de médicament (IPM) passe de 205.26 pour atteindre 268.17 en 2007.

3-1-1-3- Les transferts de soins à l'étranger

Ces transferts consistent à pallier aux insuffisances du secteur public, pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes. Depuis quelques années, le nombre des patients algériens transférés pour des soins à l'étranger a considérablement diminué. Selon le

²⁹ Zehnat A. : Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie sur la période 2001-2006. Revue « les cahiers du CREAD » : Transition et système de santé en Algérie, 1er trimestre, Alger, 2009.

directeur générale de la commission des transferts de soins à l'étranger ; les TSE ont été réduits de 30% en 2007 de 20% en 2008, pour être définitivement arrêtés en 2009.

Cette situation est le résultat des efforts entrepris pour la réduction effective des transferts pour soins à l'étranger, notamment par la signature des conventions, depuis 1973 entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé disposant de pathologies pourvoyeuses de transferts pour soins à l'étranger. Dans ce cadre, la sécurité sociale a signé plusieurs conventions avec plus de 37 structures sanitaires. L'Etat a consenti des investissements matériels et humains très important et que des conventions ont été signées avec certains hôpitaux étrangers, afin de permettre à des équipes étrangères d'effectuer des interventions chirurgicales pointues en Algérie.

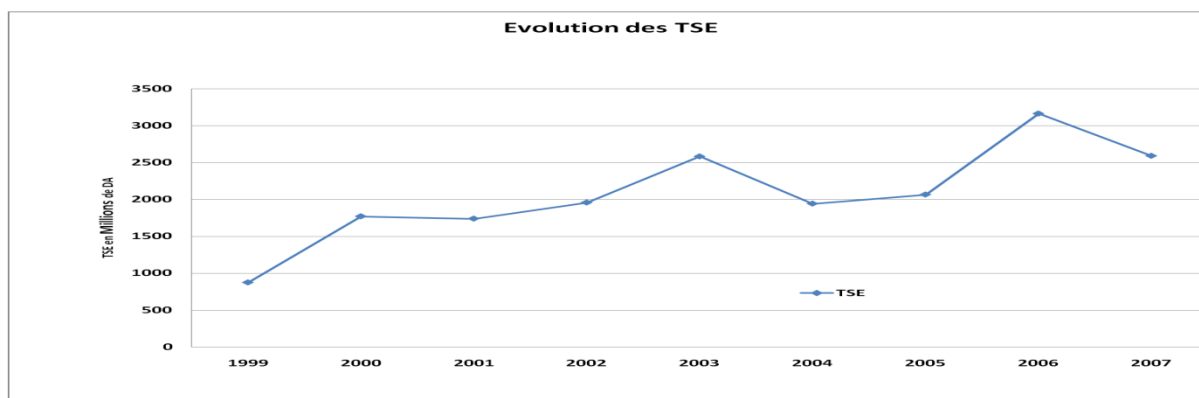
Tableau n°18 : Les transferts de soins à l'étranger en million de DA entre 1999 -2007.

année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
TSE	872.216	1768.588	1737.295	1955.478	2580.445	1940.457	2063.486	3161.451	2588.491

Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres obtenus auprès de la direction générale de la CNAS.

Les chiffres du tableau seront présentés dans le graphique suivant.

Graphique n° 8: évolution des TSE entre 1999 à 2007 en millions de DA.



Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau n°18.

3-1-2-les ressources de la CNAS

Les ressources de la CNAS proviennent dans sa grande partie des cotisations des assurés. Le taux de cotisation des assurances sociales, ainsi que l'obligation du versement sont fixées par la

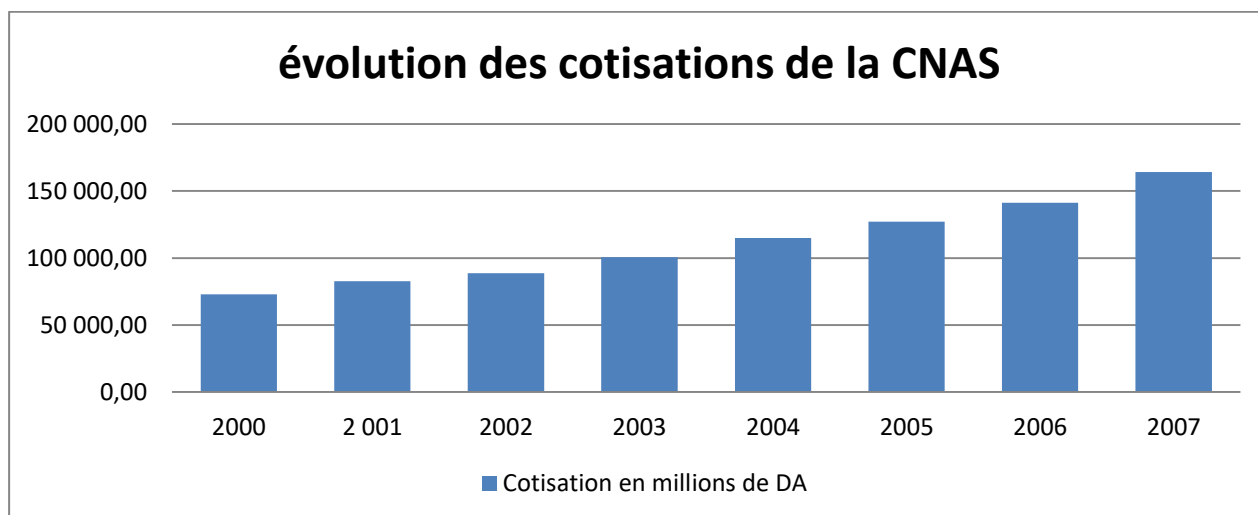
loi dans son décret exécutif n° 2000-5 modifiant le décret n° 94-187 du 06-07-1994 fixant le niveau des cotisations salariales et patronales des caisses d'assurances maladie. les cotisations ont connu une augmentation, elle passe de 72895.3 millions de dinars pour 164130.4million de dinars en 2007, soit une augmentation de 55.6%.

Tableau n° 19: évolution des cotisations CNAS entre 2000 et 2007

Années	2000	2 001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cotisation	72 895 ,3	82 709, 2	88 579, 32	100 579, 9	115 047, 6	127 134, 6	141 293,9	164 130, 4
Evolution	-	13,46%	7,10%	13,55%	14,38%	10,51%	11,14%	16,16%

Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres collectés auprès de la direction générale de la CNAS.

Graphique n°9 : évolution des cotisations de la CNAS entre 2000 et 2007.



Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau n°19.

3-1-3-Equilibre financier de la CNAS

Les recettes de la CNAS ont connu une augmentation soit en dinar courant soit en dinar constant. Elles ont été multipliées par trois au bout de 17 ans passant de 43 milliards de DA courant en 1995, soit plus de 38 millions en DA constant, à 195 milliards de DA courant en 2007, soit plus de 188 millions en DA constant. Cette évolution est due principalement à l'évolution de nombre de cotisants. De même pour les dépenses ont connu un accroissement durant cette période.

Les dépenses de la CNAS sont-elles aussi progressées et enregistrent un taux d'accroissement de 53.63% en dinar courant et de 61.60% en dinar constant. Il est bien inférieur aux taux d'accroissement des recettes (77.76% en dinar courant et de 80% en dinar constant).

Les recettes de la caisse nationale des assurances sociales n'a pas pu couvrir le totales des dépenses pour la période allant de 1995 à 1998, suite aux mutations socio-économique qu'a connues le pays avec la mise en place du PAS(le plan d'ajustement structurelle), qui s'est traduit en particulier par la suppression su soutien des prix des médicaments et le recul de l'emploi³⁰. Puis sa situation financière s'améliore pour les années suivantes (de 2000 à 2007).En effet, on enregistre des situations excédentaires et le taux de couverture a atteint 97.95%.

Tableau n°14: Evolution des dépenses et recettes de la CNAS en Algérie entre 1995 et 2007

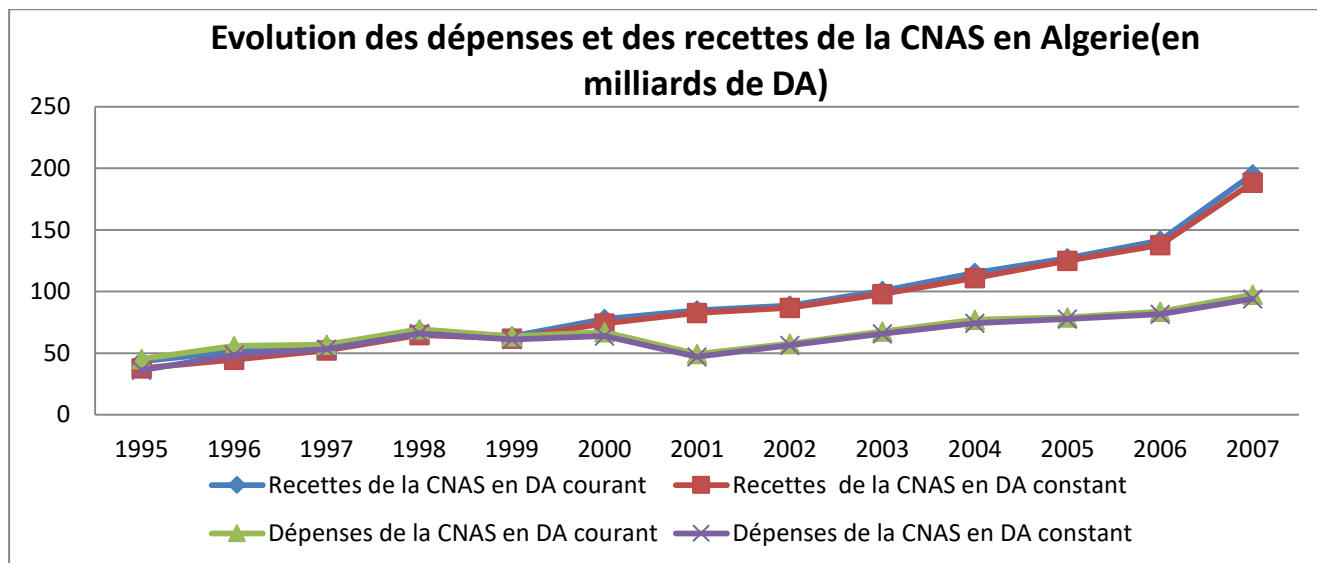
(En milliards de DA)

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Recettes de la CNAS en DA courant	43,38	51,28	55,23	67,9	63,64	77,7	84,78	88,57	100,57	115,04	127,13	141,29	195,1
Recettes de la CNAS en DA constant	37,7	44,59	52,1	64,66	61,92	74,14	82,63	86,83	98,02	111,04	125,12	137,84	188,5
Taux d'évolution (%)	-	18,2	7,7	12,5	2,96	22,09	9	4,47	13,54	14,38	12,02	11,13	38,1
Dépenses de la CNAS en DA courant	45,14	55,84	56,84	69,31	63,56	67	49,33	57,59	67,43	77,12	78,99	83,56	97,35
Dépenses de la CNAS en DA constant	36,11	48,55	53,22	66	61,11	63,93	47,07	56,46	65,72	74,44	77,78	81,52	94,05
Taux d'évolution (%)	-	23,7	1,82	9,79	2,37	22,09	8,8	16,7	17,1	1,4	2,42	5,78	15,37
Le taux de couverture en dinar courant	-1.76	-4.56	-1.61	-1.41	0.08	10.7	35.45	30.98	33.14	37.92	48.14	57.73	97.75
Le taux de couverture en dinar constant	1.59	-3.96	-1.12	-1.34	2.53	10.21	26.17	30.37	32.3	36.6	47.34	59.77	94.45

Source : réalisé d'après les chiffres obtenus auprès de la direction régionale de la CNAS.

³⁰ CNES : Projet de rapport sur la conjoncture économique et sociale, CNES, 2002, p. 72.

Graphique n°10 : Evolution des dépenses et des recettes de la CNAS en Algérie entre 1995 et 2007.



Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau n°20.

3-2-Evolution de la situation financière de la CASNOS

L'évolution de la situation financière de la CASNOS permet de voir l'évolution des recettes collectées et le niveau du financement des prestations offertes. Les recettes de cette dernière proviennent des cotisations des adhérents.

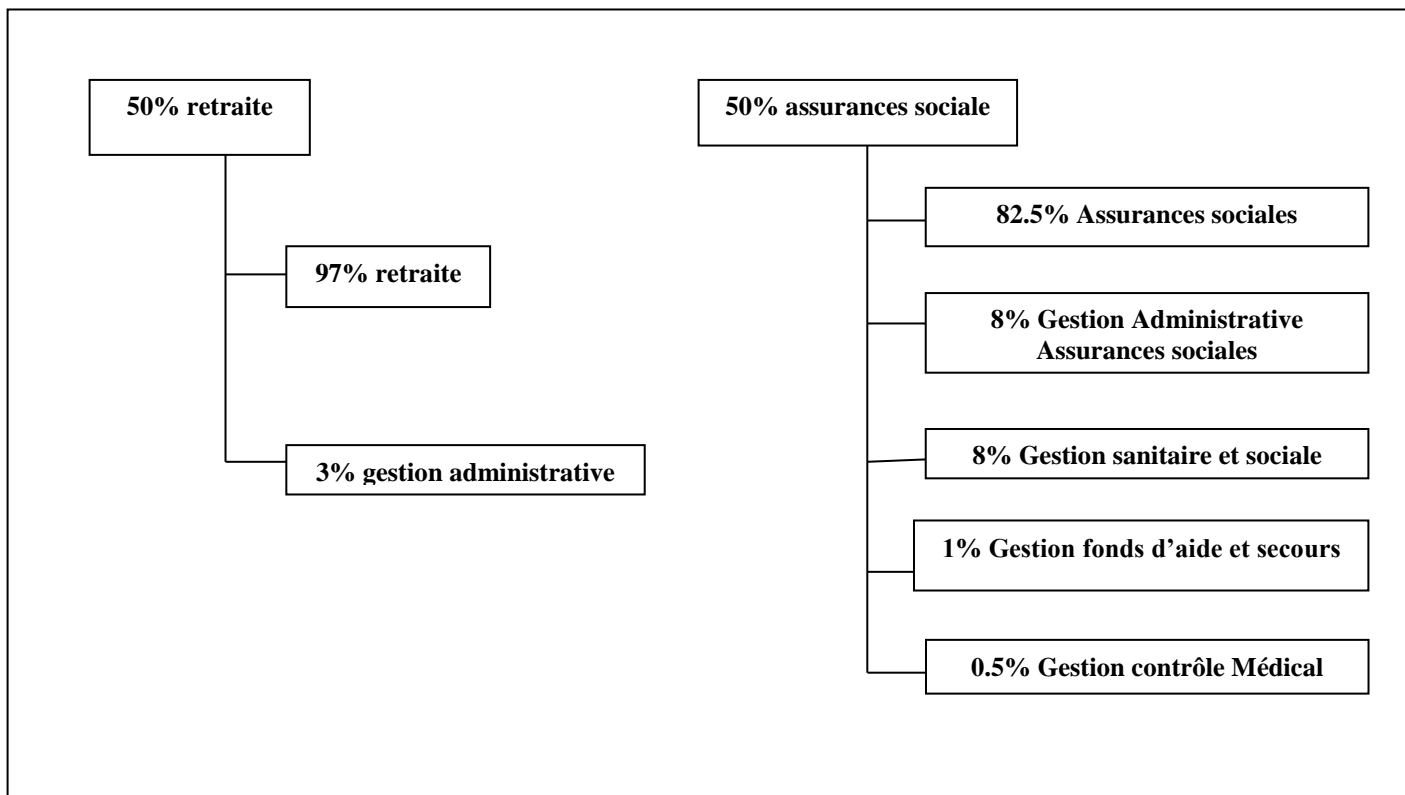
Les recettes de la CASNOS proviennent des cotisations des adhérents. Ces dernières sont calculées en fonction du revenu imposable de l'assujetti. Elles dépendent de deux paramètres le taux de cotisation et l'assiette de cotisation. Par ailleurs, le taux de cotisation est fixé à 15%. Ce taux est réparti à part égales entre les assurances maladie, invalidité, décès (7.5%° et la retraite (7.5%). Quand à l'assiette de cotisation ne saurait excéder huit fois le salaire national minimum garanti annuel (actuellement le SNMG est égal à 15000DA). EN effet, la cotisation est d'une valeur minimale de $(12 \times \text{SNMG}) \times 15/100 = 21600.00\text{DA}$ et d'un maximum de : $(12 \times \text{SNMG}) \times 15/100 = 172800.00\text{DA}$.

Le paiement des prestations est subordonné à l'accomplissement, par les intéressés, de leurs obligations notamment, en ce qui concerne l'affiliation et le versement des cotisations, y

compris les majorations et pénalités de retard. La cotisation est exigible à compter du premier mars de chaque année et payable au plus tard le 30 avril de la même année.

Les recettes de la CASNOS sont affectées selon l'organigramme ci-dessous :

Organigramme n° 2: Affectation des recettes de cotisation de la CASNOS



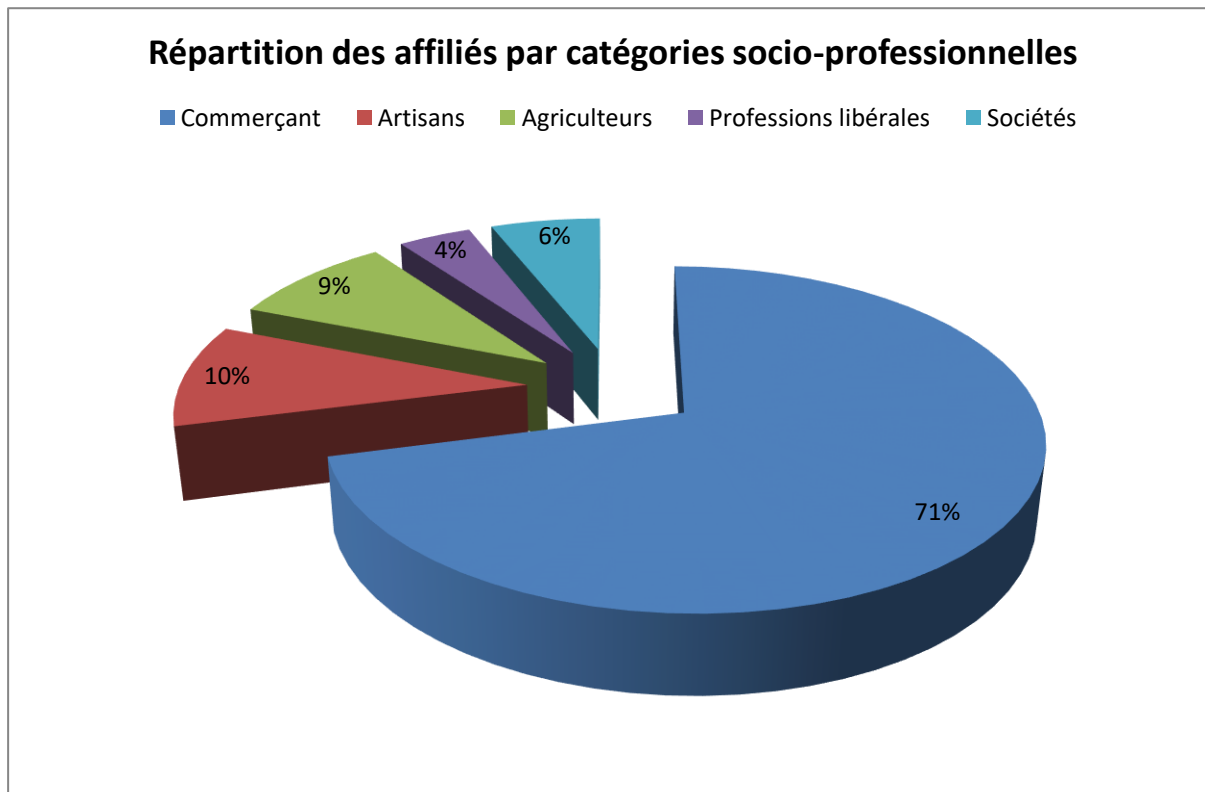
Source : CASNOS, financement des prestations des Assurances sociales, CASNOS, 2008.

Par ailleurs, le nombre d'affilié actif en 2001 est de 7436641, pour passer en 2006 à 1110442, soit une diminution de 6%. Quand aux nombres de cotisants à jour passe de 3435001³¹ pour ne représenter que 286678 en 2006, soit une baisse de 11%.

L'affiliation à la CASNOS par catégories socioprofessionnelles pour l'année 2008 est représentée par le graphique ci-dessous. Les commerçants représentent le pourcentage le plus important avec 71%, suivi par les artisans, Agriculteurs, professions libérales et sociétés respectivement avec 10%,9%,4% et 6%.

³¹ Les chiffres obtenus in www.ons.dz

Graphique n°11 : Répartition des affiliés par catégories socioprofessionnelles en 2008.



Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres obtenus auprès de la direction générale de la CASNOS.

3- 2-1- Equilibre financier de la CASNOS

Depuis la prise en charge des activités du recouvrement en 1995, jusqu'au transfert des activités de prestations en 1999, la situation générale de la caisse connaît une certaine amélioration.

Les recettes de la CASNOS passent de 1 540 millions en DA courant en 1995, soit 1 232 millions en DA constant, à 8 301 millions en DA courant, soit 8 140 millions en DA constant, en 2000. Elles enregistrent une hausse annuelle moyenne de 87,8% et atteignent 29 215 millions en DA courant, soit 28 502 en 2006. Quant aux dépenses, elles passent de

3 181 millions DA en 1995 à 11056 millions DA en 2000 pour atteindre 31364 millions en 2006, soit une augmentation de 183%. Suite à ces évolutions respectives, le solde déficitaire de la caisse connaît une amélioration pour les années 1998 et 1999 mais se détériore à nouveau en l'an 2000. (cf. tableau20).

D'après la Direction Générale de la CASNOS, les dépenses de prestations qui constituent 93% du total des dépenses de la caisse sont réparties en premier lieu au versement de pension de retraite qui interviennent pour 72% suivies de forfait hospitalier 12%, et enfin 11% pour les prestations en nature.

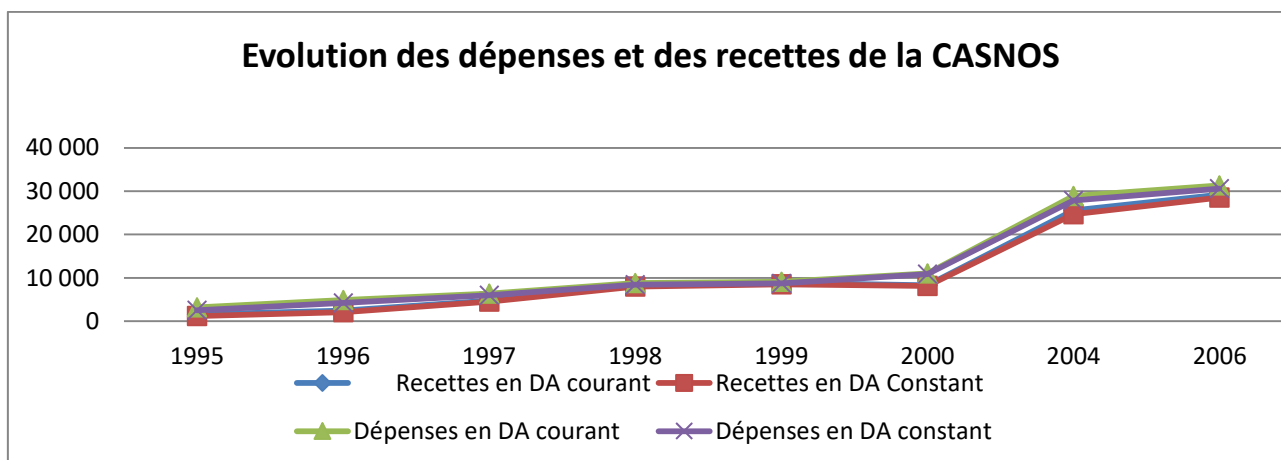
Tableau n°15 : Evolution des recettes et dépenses de la CASNOS entre 1995 et 2006 en Algérie
(En millions de DA)

Années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2004	2006
Recettes en DA courant	1 540	2 418	4 775	8 420	8 870	8 303	25 570	29 215
Recettes en DA Constant	1 232	2102	4 504	8 019	8 528	8 140	24 681	28 502
Taux d'évolution(%)	-	57	97	76	5,34	-6,39	207	14,25
Dépenses en DA courant	3 181	4 888	6 363	8 827	9 078	11 056	28 900	31 364
Dépenses en DA constant	2 544	4 250	6 002	8 406	8 728	10 839	27 895	30 599
Taux d'évolution(%)	-	53	30	39	3	22	32,6	8,52
Taux de couverture en DA courant	-1641	-2470	-1588	-407	-208	-2753	-3330	-2149
Taux de couverture en dinar constant	-1312	-2148	-1498	-387	-200	-2699	-2325	-2097

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : CNAS, Evolution des dépenses et recettes de la CNAS (1999- 2007), Direction des Statistique, Direction Générale de la CNAS, Alger, 2008.P.

Les recettes ont fortement évolué passant de 1540 million de dinar courant et 1232 en dinar constant en 1995 à 29215 million de dinar courant et 28502 en dinar constant en 2006, soit une augmentation de plus de 94% au bout de huit ans, soit une multiplication par plus de 19. De même pour les dépenses ont connu une évolution passant de 3181million en dinar courant et 2544 en dinar constant en 1995pour atteindre 31364 million en dinar courant, soit 30599 en dinar constant en 2006. Globalement, cette caisse à connu un déséquilibre durant toute la durée allant de 1995 à 2006. Cette situation peut être expliquée par la non affiliation (la non déclaration) malgré l'obligation juridique. En fait, la non déclaration représente un manque à gagner pour la caisse.

Figure n°12 : Evolution des dépenses et des recettes de la CASNOS entre 1995 et 2006 (en millions de DA)



Source : réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau.

3-3-Quelques propositions pour la rationalisation des dépenses d'assurance maladie en Algérie.

Plusieurs mesures en étaient entreprise afin de rationaliser les dépenses de l'assurance maladie et d'améliorer la situation financière des organismes financiers. En fait, on peut citer :

➤ Des mesures concernant la rationalisation des dépenses de produits pharmaceutiques :

- L'adoption d'une politique du médicament générique et l'encouragement de sa consommation essentiellement par la mise en place du tarif de référence dans le remboursement. En fait, les dépenses de remboursement des médicaments concernées par le tarif de référence ; soit 116 dénominations communes internationales correspondant à 1038 noms de marque ; ont connu une diminution d'environ 7.50% par rapport aux mêmes dépenses calculées sur les prix publics de vente.
- L'année 2006 a connu la mise en œuvre des mesures en vue de rationaliser les dépenses de produits pharmaceutiques, tel que la signature par les pharmaciens d'un cahier des charges, ainsi que le remplacement des cartes de tiers payant par des livrets, ayant permis la non domiciliation auprès d'une officine et le renforcement de la lutte contre les abus et les endossements³².

³² CNAS : bilan 2006, programme d'action 2007, CNAS, Alger 2006, p9.

- Fixer le prix du médicament sur la base de leur valeur thérapeutique que sur le prix appliqués aux pays d'origine.
- La maîtrise des prescriptions par la revalorisation des honoraires des médecins et le conventionnement avec les professionnels de santé en les amenant à prescrire les soins les mieux adaptés aux malades et les plus économiques.

➤ **L'application de la carte à puce CHIFA.**

Cette carte est mise en place dans le cadre d'une gestion efficace des prestations par une meilleure identification des bénéficiaires et des soins prodigués et la rapidité dans le traitement des dossiers.

➤ **Le contrôle médical :**

Selon le programme d'action 2007 de la CNAS, plusieurs actions sont entreprises dans ce cadre : l'ouverture de nouvelles structures (39 nouvelles structures), et l'affectation de 105 praticiens conseils et 195 personnels administratifs.

Le renforcement des services du contrôle médical par l'ouverture de 39 nouvelles structures ainsi que l'affectation de 105 praticiens conseils et de 195 personnels administratifs. L'amélioration de l'organisation à savoir comités et conseils médicaux, traitement des dossiers relevant de la commission technique à caractère médical, polyvalence technique des praticiens conseil, assiduité, évaluation des activités et du renforcement des praticiens conseil.....)

En fait, en 2006, les services de contrôle médical ont traité 14011396 dossiers en assurances sociales et accidents du travail-maladies professionnelles sur 14534876 dossiers soumis, soit une évolution de 36% par rapport à l'exercice 2005.

En matière d'expertise médicale, 15382 dossiers ont été soumis à expertise, dont 9775 fondés et 5607 non fondés.

➤ **Autres mesures à entreprendre :**

- L'établissement d'un système de conventionnement avec les cliniques et les cabinets privés qui souhaitent d'adhérer.
- Revoir les mécanismes de rémunération par le développement d'autres mécanismes que celui du paiement à l'acte et nous pensons aux mécanismes : paiement aux cas (à l'épisode), paiement à la prime (système HMO), paiement aux prix forfaitaire, paiement à la capitation.

- Disposer de schémas thérapeutiques pouvant servir de références médicales opposables pour la prise en charge des traitements par l'assurance maladie. ces actions doivent concourir à l'amélioration des performances de l'assurance maladie permettant une prise en charge rationnelle et efficiente du risque.

Conclusion

L'ampleur de l'assurance maladie dans le financement remet en cause les équilibres financiers des organismes financeurs. Par ailleurs, elle doit faire face à ce dilemme, celui d'améliorer à la fois la qualité des prestations offertes et la préservation des équilibres financiers. La réglementation algérienne en matière de financement de l'assurance maladie est importante mais elle n'est pas appliquée de manière satisfaisante.

La situation financière des deux caisses (CNAS, CASNOS), montre clairement la nécessité d'entreprendre des réformes. En fait, selon L.Lamri, à l'avenir ; l'assurance maladie doit baser son développement sur des études actuarielle qui prendrait en compte l'âge, le montant des salaires, les taux de cotisation et les tendances de l'économie.

Dans ce cadre plusieurs mesures ont été entreprises, tel que la constitution d'une commission de réflexion sur le financement de la sécurité sociale et le renforcement de control médical...etc.

CHAPITRE III

REVUE DE NOUVELLES REFORMES DES

ASSURANCES ETRANGERES

(FRANCE, ALLEMAGNE, BELGIQUE, RUSSIE)

CHAPITRE III : REVUE DE NOUVELLES REFORMES DES ASSURANCES ETRANGERES (FRANCE, ALLEMAGNE, BELGIQUE, RUSSIE).

INTRODUCTION

Nombreux pays, bien que très différents, sont soumis au même phénomène de progression rapide des dépenses de santé. Comme, elles sont confrontées aux mêmes défis de maîtrises de ces dernières, dans un contexte marqué par le vieillissement démographique, de l'accroissement de la demande de soins et le coût élevé de certaines nouvelles technologies médicales. Ces pays, ont répondu à ces défis par un ensemble de réforme. Dans notre cas nous intéresserons à l'expérience française, Allemande, Belge et Russe. En fait, on peut néanmoins retenir de ces expériences étrangères un certain nombre d'orientations ou de mesures utiles ; pour éclairer les réformes prise en Algérie.

Pour cela nous allons développer chacun des systèmes de santé, ainsi que leurs systèmes d'assurance maladie et les différentes réformes entreprises.

Section 1 : Le système de santé Français

Nous intéresserons dans un premier temps, à l'organisation et le fonctionnement du système de santé, puis à son système d'assurance maladie et les différentes réformes entreprises.

1-1-Organisation et fonctionnement du système de santé

Le système de santé Français s'est construit sur les principes d'un système d'assurances sociales où les droits sont attachés au travail, du fait que les droits et les prestations sont la contrepartie de contribution sous la forme de cotisations sociales.

L'offre de soins est caractérisée par la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé. On recense ainsi :

- Les établissements de santé publics, personnes morales de droit publics, dotées de l'autonomie administrative et financière¹. Ils sont organisés sur une base hiérarchique et territoriale (les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers, et les hôpitaux locaux).
- Les établissements privés à but non lucratif parmi lesquels les établissements privés qui remplissent le plus souvent une mission de services publics.
- Le secteur privé lucratif, caractérisé par un mouvement de concentration des cliniques pour créer des établissements de taille importante dotés de plateaux techniques.

Tant le secteur hospitalier que la médecine ambulatoire offre une vaste gamme et un volume presque illimité de services de santé, et les patients jouissent d'une totale liberté de consultation². En effet, les patients ont la liberté de choisir leurs médecins et leur lieu de soins (en ville, à l'hôpital, à la clinique).

En matière de statut des professionnelles de santé et de modalités de rémunération, les professionnels de santé exerçant à l'hôpital sont majoritairement salariés, les hôpitaux étant financés depuis 2002 selon les modalités de la tarification à l'activité (T2A). Quant aux professionnels de santé exerçant en ville, ils ont une pratique libérale et sont rémunérés selon le paiement à l'acte³.

Le financement du système de santé est assuré pour sa plus grande part, par la sécurité sociale qui représente 93.8% des dépenses publiques de santé⁴. Par les assurances complémentaires à savoir assurances privées et mutuelles. L'Etat et les ménages participants également aux financements du système. En 2007, 92.7% de la population détient une couverture maladie complémentaire.

¹ GIPSPSI : France chiffres clés. In : www.gipspsi.org

² J-CI.HENRARD, M.-N.CREPY : les comparaisons internationales des systèmes de santé. In : www.mspb.com.

³In : www.pug.fr. Le système de santé français.

⁴ www.who.int

Les dépenses de santé représentaient en France 11% du PIB en 2007, plus de la moyenne européenne (8.9%)⁵.

Ainsi en 2007, la dépense courante de soins et biens médicaux (163 milliards d'euros) soit 8.7% du PIB) a été financé à hauteur de 76.6% par les organismes de sécurité sociales, de 1.4% par l'Etat et les collectivités locales. De 7.9% par les mutuelles de 3.2% par les assurances privées, de 2.5% par les institutions de prévoyance et de 8.5% par les ménages eux même.

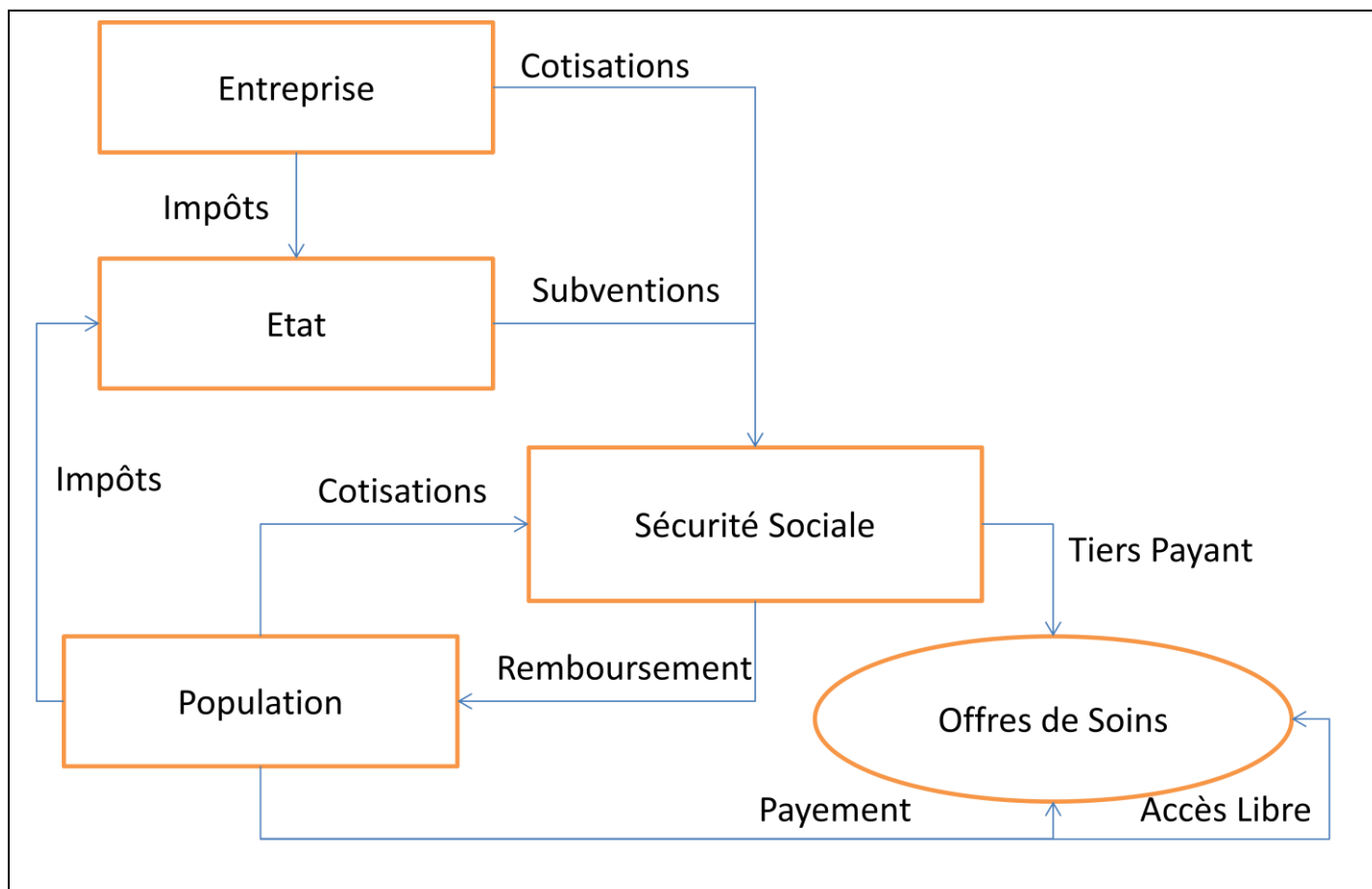
Les soins de santé sont financés à la fois par des sources publiques (administrations publiques, organisme de sécurité sociale) et par des sources privées (assurances privées, paiement directs). En effet, le financement par le malade peut prendre différentes formes :

- Le ticket modérateur : il représente la fraction des dépenses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire et qui reste donc à la charge de l'assuré social. Le principe du ticket modérateur consiste à faire participer l'assuré aux dépenses et à freiner un éventuel abus dans le recours aux soins.
- Le dépassement d'honoraires : il consiste en le supplément par rapport au tarif conventionnel réclamé par certains praticiens à honoraires libres, ainsi que pour les soins de réparation en dentaire et la lunetterie. Ce supplément n'étant pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, il reste à la charge du patient.
- Le forfait hospitalier : il constitue une participation du patient aux prestations hôtelières de l'hôpital.
- L'avance de frais : il s'agit du versement de l'intégralité du montant de la prestation, avant d'être remboursé par l'assurance maladie obligatoire ou par une assurance complémentaire.

⁵ Eco-santé OCDE 2009 : « comment la Belgique se positionne ».IN : www.ocde.org

Le fonctionnement du système de santé français peut être résumé dans le schéma n°3.

Schéma n°3 : le système de santé Français.



Source : réalisée par nos soins à partir de plusieurs lectures.

1-2-Le système d'assurance maladie en France

L'organisation actuelle de l'assurance maladie découle des dispositions de l'ordonnance du 4 octobre 1945. L'assurance maladie a été étendue progressivement à l'ensemble de la population, en englobant les étudiants (1948), les militaires de carrière en (1949), les exploitants agricoles(1961), les professions indépendantes (1966-1970) et en instituant une assurance volontaire en 1978⁶.

Le système français de protection sociale est caractérisé par la multiplicité des régimes. Les principaux régimes d'assurances maladie sont :

⁶ Marie- Hélène Raynier : « protection sociale », Edition : DUNOD. Paris, 2005.

- Le régime général, qui couvre les salariés du commerce et de l'industrie et de leur famille, soit environ 84% de la population. Géré par la CNAMTS.
- Le régime des salariés et des exploitants agricole, géré par la CCMSA.
- Le régime social des travailleurs indépendants, géré par CANAM.
- Divers régimes spéciaux tel que ceux des agents de la SNCF....

Les personnes résidant en France qui ne relève d'aucun régime obligatoire soit en qualité d'ayant droit relèvent à titre obligatoire de la couverture maladie universelle.

Toutefois, depuis l'an 2000, une loi portant création d'une couverture maladie universelle(CMU) complète le dispositif offrant une assurance maladie de base à toute personne résidant en France en situation régulière.

La CMU vise à améliorer les conditions d'accès aux soins dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Les bénéficiaires de la CMU bénéficient du tiers-payant généralisé, ils n'ont donc plus à faire d'avance de frais pour les consultations et autres actes médicaux, les divers actes des professions paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes), les médicaments, les frais d'hospitalisation (y compris le forfait hospitalier),...etc.⁷

L'affiliation auprès des caisses d'assurance maladie des différents régimes de sécurité sociale se fait sur la base professionnelle. Tandis que, dans le cadre de la CMU, ce sont les critères de résidence et de revenus qui sont pris en compte.

L'assurance maladie couvre l'ensemble de la population pour un large éventail de biens et services médicaux⁸. Les règles de la prise en charge reposent sur quelques principes généraux⁹ :

- l'assurance maladie reconnaît au patient le libre choix du praticien, sous réserve que celui-ci soit agréé, et il n'y a généralement pas de limite au volume de la consommation des biens et services pris en charge. Les médecins eux

⁷ Jean-Jacques Zambrowski : « Théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage du pharmacien d'officine ». Masson, Paris, 2001.

⁸ Les biens et soins médicaux pris en charge comprennent : les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements publics ou privés de soins, de réadaptation et de rééducation. Les dépenses de soins médicaux ambulatoires et les services de diagnostics et de soins prescrits par les laboratoires d'analyse ...et les dépenses de pharmacie, d'appareillage médical et de prothèse prescrits et figurant sur les listes de produits admis aux remboursement, ainsi que les dépenses de transport sanitaire prescrits.

⁹ S.Sandier- V.Paris-D.Polton : « système de santé en transition », France, 2004.

jouissent de la liberté de prescription bien qu'ils doivent respecter des références médicales opposables.

- Pour être couvert, les différents services de diagnostics ou de soins, les médicaments et les prothèses doivent être dispensés ou prescrit par un médecin, un dentiste ou une sage-femme et distribués par des professionnels ou établissements agréés par l'assurance maladie. Comme elle doit être figurée sur les listes positives en vigueur, nomenclature d'actes des différents professionnels de santé, liste des médicaments ou matériels remboursables. Ces listes s'appliquent dans le secteur libéral, mais pas de manière stricte à l'hôpital public, où tous les soins prodigués sont pris en charge.

Pour couvrir une partie des dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, les ménages peuvent souscrire une assurance maladie complémentaire, individuelle ou collective.

Les ressources de la sécurité sociale en générale et de l'assurance maladie en particulier, proviennent des cotisations sociales payées par les salariées et par les employeurs et elles proviennent également des impôts affectés, notamment la (CSG), créée en 1991.

Par ailleurs, la CSG est donc qualifiée d'impôt en France, ce qui amène à parler du phénomène de fiscalisation du financement de la sécurité sociale en France (CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les revenus de placement). Selon la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, pour l'assurance maladie, ces taux furent respectivement de 5.25% pour les revenus d'activités, du capital et des jeux et de 3.95% pour les revenus de remplacement (retraites et indemnités).

La structure du financement de l'assurance maladie pour l'année 2000 montre que les cotisations des employeurs, des assurés et le produit de la CSG représentent 89% des recettes de l'assurance maladie. Le reste est principalement, fourni par des subventions d'Etat ainsi que par des impôts et taxes prélevés sur l'utilisation des automobiles, les consommations de tabac et d'alcool. L'industrie pharmaceutique est également mise à contribution, principalement par une taxe sur la publicité.

La structure des ressources du régime générale en 2007¹⁰ est représentée par les taux suivants : les cotisations (57%), la contribution sociale généralisée (21%), les impôts et taxes (9%) et (13%) pour les autres produits.

1- 3-Les réformes récentes du système d'assurance maladie

Le financement de l'assurance maladie pose un problème récurrent, car la hausse de la dépense de soins augmente structurellement plus rapidement que le PIB. (Produit intérieur brut). Selon J.F.Mattei, les principales causes de l'augmentation des dépenses ; consiste en, la surconsommation de médicament, le recours abusif aux arrêts de travail, l'absence de coordination des soins qui permet la multiplication d'actes redondants....

L'assurance maladie est aujourd'hui structurellement en déficit, le retour à une croissance soutenue ne suffira pas à équilibrer les comptes de l'assurance maladie¹¹.

En 2003, le déficit observé est de 0.7point de PIB. En fait, pour 0.2 point de PIB s'expliquait par la situation conjoncturelle (de la croissance économique ayant freiné les recettes), et pour 0.5 point par l'insuffisance structurelle du financement¹². Ce déficit atteint 11.6 milliards d'euros en 2004.

Pour équilibrer les finances de l'assurance maladie, deux moyens peuvent être mis en œuvre à court- terme : la hausse des cotisations, ou la baisse des remboursements. Les pouvoirs publics choisissent souvent la voie de déremboursement pour alléger les dépenses d'assurance maladie¹³. Par ailleurs, l'accroissement du taux de cotisation est pénalisant aussi bien pour l'entreprise qui risque de voir l'alourdissement des coûts entraver sa compétitivité dans un contexte caractérisé de plus en plus par la déréglementation des échanges et la perspective d'adhésion de notre pays à l'OMC.

Par ailleurs, un ensemble de réformes ont tenté de réguler les dépenses de santé, notamment par un contrôle de l'offre de soins, par une régulation de la demande ou encore par une

¹⁰ Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Les chiffres clés de la sécurité sociale, Paris, Edit. 2008.

¹¹ Guillaume Sarlat : assurance maladie et réformes : dépenses et recettes de l'assurance maladie, mythes et réalités.2004. In : www.cairn.info.

¹² G.Cornilleau : la santé, entre difficultés financières et risques de dégradation qualitative. In : www.ofce.sciences-po.fr

¹³ G.Cornilleau : financement de l'assurance maladie et système de remboursement des soins.la découverte. n°5.année 2009.

régulation du financement. Dernièrement, c'est l'assurance maladie obligatoire qui a fait l'objet de réforme en 2004 pour faire face au déficit important.

Les mesures financières de la réforme de l'assurance maladie entreprise en 2004 s'articuleront autour de trois volets :

- Un volet destiné à rationaliser et à améliorer la cohérence de l'offre de soins, par l'extension de la mise en place des outils de maîtrise médicalisée tel que (le dossier médical personnel, coordination des soins autour de médecins traitants, le respect des référentiels de bonne pratique) et le développement du médicament générique, la modernisation de la gestion hospitalière (notamment la technique d'achat à l'hôpital, T2A) et le renforcement du contrôle des arrêts de travail.
- Un volet reposant sur la participation des usagers : la participation des usagers se traduira par le versement d'un euro par consultation, et par la revalorisation du forfait hospitalier d'un euro pendant 3 ans.
- Un volet instaurant des recettes nouvelles, qui se résume dans ces trois mesures :
 - La CSG appliquée aux retraités imposables (50% des retraités) qui est inférieure de 1.3 point de celle imposée aux salariés, sera relevée de 0.4 point. Le taux de la CSG sur le produit des jeux sera augmenté de 2 points. Pour les salariés, l'assiette de la CSG passera de 95% à 97% du salaire brut. Enfin le taux de cotisation sur les revenus de remplacement passera de 6.2% à 6.6%.
 - Les entreprises seront appelées à contribuer à la résorption du déficit par la création d'une contribution additionnelle à la C3S¹⁴, qui sera perçue aux taux de 0.03% du chiffre d'affaire à compter du 1^{er} janvier 2005.
 - Enfin l'Etat reversera une partie des droits du tabac à la CNAMTS.

Par ailleurs, les mesures prises dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé consistent en :

- La mise en place d'un parcours de soins coordonnés, qui implique l'obligation pour chaque patient de choisir un médecin traitant. En fait, ce dernier devient le pivot d'une politique de prévention. Pour inciter les patients qui n'ont pas encore déclaré de médecin traitant, le taux de remboursement des consultations effectuées hors parcours de soins a été baissé de 50% en 2007.

¹⁴ C3S : la taxe sur le chiffre d'affaire.

- La mise en place d'un dossier médicale personnel, la nouvelle carte vitale avec photo ou encore la possibilité pour les médecins d'accéder à l'historique des soins prescrits à leurs patient au cours des 12 derniers mois. En améliorant l'information des médecins sur les soins reçues par leurs patients, ces mesures leurs permettent non seulement d'éviter de prescrire des actes inutiles mais aussi de mieux cibler les traitements et éviter les interactions médicamenteuses.
- Des efforts sont également développés pour favoriser l'usage du médicament générique.
- Dans le cadre de la modernisation de la gestion hospitalière : les établissements publics étaient financés par le système de prix de journée qui présentait un risque d'inflation des dépenses de santé (les hôpitaux étant tentés d'allonger les séjours et de multiplier les lits). Puis s'est mis en place le système de la dotation globale. Mais ces budgets étaient déconnectés de l'activité des établissements. Un nouveau mode de tarification tenant compte de l'activité des établissements (la T2A) se met graduellement en place depuis 2004.

Le déficit est passé à 8 milliards d'euros en 2005 et à 6 milliards d'euros en 2006¹⁵. Cette réduction du déficit de l'assurance maladie résulte essentiellement des mesures financières de la réforme 2004.

Le 6 avril 2005, dans une conférence de presse, Philippe Douste-Blazy a présenté les derniers chiffres des indicateurs de suivi de la réforme dont le nombre d'assurés ayant choisi un médecin traitant était de 0 le premier Janvier 2005, pour atteindre 6 millions d'assurés au bout de quatre mois. Aussi, concernant l'accélération de l'utilisation des génériques délivrées par rapport au nombre total de boîtes délivrées est de 60% après avoir été que de 35% en 2002.

Les mesures adoptées par la réforme de 2004, alliant la rationalisation des dépenses et la mise en place de nouvelles recettes, ne règle pas totalement la question du déficit qui reste reporté sur les générations future par l'intermédiaire de la CADES ¹⁶(caisse d'amortissement de la dette sociale).

Le haut conseil de l'assurance maladie 2007, constate qu'après trois ans de la réforme 2004, la situation financière des régimes d'assurance maladie s'est amélioré (régression du

¹⁵ Commission des comptes de la sécurité sociale.

¹⁶ Elle a été créée lors de la réforme Juppé de 1995.

déficit par rapport à la situation qui prévaut au début 2004). Pour l'année 2007, la situation reste dégradée, avec un déficit provisionnel de 7.5¹⁷ milliards d'euros.

SECTION 2 : Le système de santé Allemand

Dans cette section nous intéresserons à l'organisation du système de santé Allemand, ainsi que son fonctionnement et les différentes réformes entreprises.

2-1-Organisation et fonctionnement du système

Le système de santé allemand, d'inspiration bismarckienne, est fondé sur des assurances sociales où les prestations sont financées par les salariés. Entre 1945 et 1990, l'Allemagne était divisée en deux Etats, l'un à l'Ouest et l'autre à l'Est, dont les systèmes de santé reposaient sur des conceptions pratiquement opposées. Par ailleurs, la démocratie libérale avait modelé l'organisation et le mode de financement du système Ouest allemand, tandis que le secteur de la santé en Allemagne orientale était fondé sur la planification et le contrôle centralisés¹⁸.

Les dépenses de santé ont connu une progression relativement marquée durant les années 1990, suite à des facteurs spécifiques à l'Allemagne, à savoir l'unification, etc.

L'unification s'est traduite par une progression sensible du poids des dépenses de santé dans le PIB. Selon les données de l'OCDE, elles passent de 8.7% en 1990 à 9.4% en 1991, pour atteindre 14.5% en 1993. En fait, la population Est-allemande immédiatement bénéficié du haut niveau de couverture médicale qui existait à l'Ouest, alors que les performances économiques des nouveaux Lander restaient à la traîne, avec notamment des salaires, et donc des recettes de cotisations, bien inférieur à ceux de l'Ouest¹⁹.

Le système Allemand est fondé sur les principes d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale.

Le financement des soins de santé est assuré par un réseau de caisses maladies publiques et par des assurances privées.

¹⁷République française : Rapport du haut conseil de l'assurance maladie. juillet 2007.

¹⁸ J-CI.HENRARD, M- N.CREPY :op.cit..

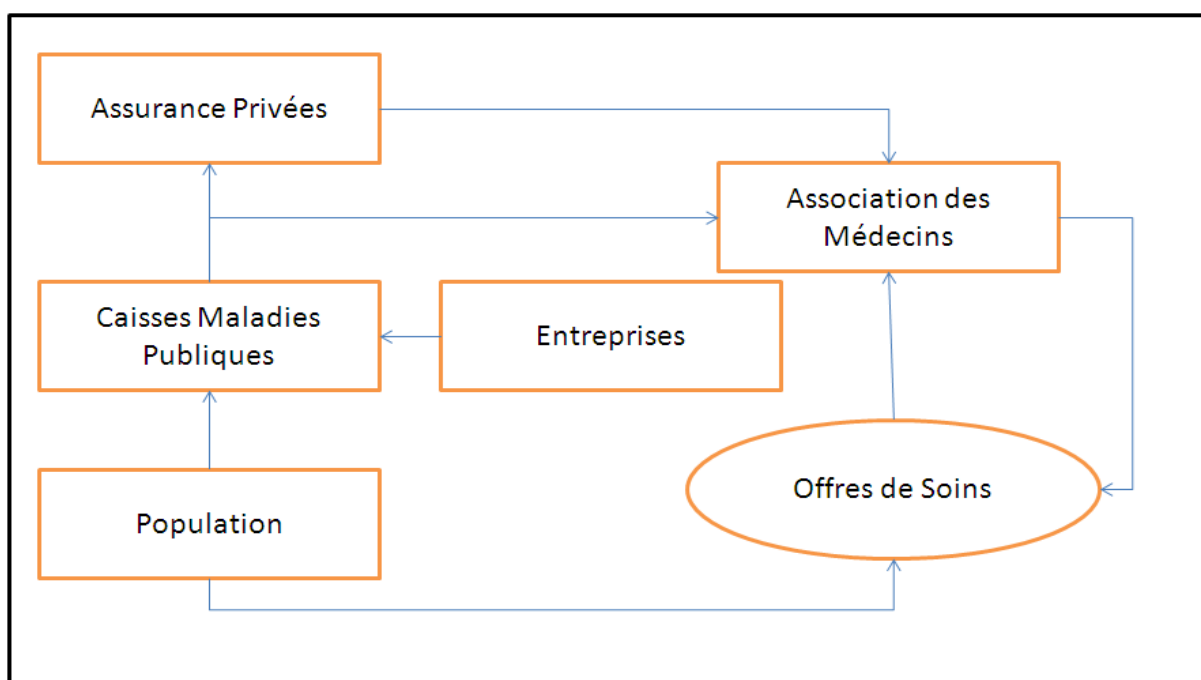
¹⁹ Frédéric Rupprecht ; Bruno Tissot, Frédéric Chatel : le système de santé allemand : vers une plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs. In : Economie et statistiques, volume 318, numéro 1, année 1998.

Les caractéristiques du système allemand sont les suivantes :

- Le risque maladie est financé principalement par les cotisations sociales ; salariales et patronales.
- La gestion du risque maladie incombe aux caisses d'assurances maladie, dans lesquels siègent les partenaires sociaux, représentant des cotisants salariés et employeurs.
- Une grande diversité des caisses, on dénombre près de trois cents caisses publiques différentes, avec une autonomie de gestion. Comme, elles ont le droit de fixer librement leur taux de cotisation, ce qui fait qu'il diffère d'une caisse à une autre.
- Le tiers payant est généralisé.
- Le rôle important de la négociation collective entre les caisses et représentant des médecins et avec les hôpitaux, dans l'affectation des ressources.
- la politique sanitaire incombe aussi bien au Ministère Fédéral qu'aux autorités des Länder. Ces derniers ont aussi des objectifs sanitaires régionaux ou locaux à atteindre.
- La médecine ambulatoire prise en charge par les médecins libéraux exerçant en cabinet, prédominance de l'hôpital public (avec des médecins salariés).

Le système de santé Allemand peut être résumé dans le schéma n 4.

Schéma n°4 : Organisation du système de santé Allemand



Source : réalisé par nos soins d'après plusieurs lectures.

Le système de santé allemand est connu par sa particularité dans la séparation entre le système hospitalier et le secteur ambulatoire.

Le système hospitalier est composé d'hôpitaux publics et d'hôpitaux locaux privés à but lucratif. Par contre le secteur ambulatoire est entièrement privé. Les médecins sont regroupés en association de médecins de caisse qui négocient avec les caisses maladie une enveloppe globale et le montant des honoraires pour chaque acte.

L'assurance sociale en Allemagne se distingue par sa diversité du point de vue institutionnel et de l'organisation des régimes. On cite les quatre principaux :²⁰

- Le régime des caisses locales dit régime général (AOK).
- Les caisses de l'assurance maladie des entreprises (BKK)
- Les caisses des artisans et des commerçants (IKK)
- Le régime des caisses agricoles (LKK).

Les affiliés optent pour le médecin ou le dentiste de leur choix, sur la liste de praticiens tenue par la caisse dont ils relèvent.

2-2-L'assurance maladie allemande

L'assurance maladie allemande se caractérise par une logique bismarckienne d'assurance plutôt que par une logique de solidarité, en ce sens que l'ouverture de droits à prestations est soumise au versement préalable de cotisations, prélevées sur les revenus du travail ou dépendant de la situation familiale.

Une assurance maladie est obligatoire en dessous d'un certain d'un certain seuil de revenus (3.937,5 euros par mois)²¹. Au-delà de ce seuil, les personnes peuvent opter pour le régime légal ou pour une assurance privée.

En pratique, près de 90% des allemands sont couverts par l'assurance sociale publique.

Les caisses d'assurance maladie sont marquées par leur autonomie, dans la mesure où elles fixent librement leurs taux de cotisation. En fait, les caisses d'assurances maladie ont

²⁰ CLEISS : La protection sociale locale en Allemagne, In : cleiss.fr.

²¹ GIP SPSI : chiffres clé : Allemagne. In : www.gispsi.fr.

l'obligation d'assurer leur équilibre en calculant un niveau de cotisation garantissant la couverture des dépenses et la constitution des réserves²².

Bien que chaque caisse exige des cotisations différentes, le taux moyen de cotisation salariale est pour l'instant de 14,4%. Elles sont payées pour moitié par l'employeur et pour moitié par le salarié. Ce taux n'a cessé d'augmenter depuis 10 ans en raison des sommes de plus en plus larges que les caisses doivent couvrir.

Le financement pèse donc fortement sur les coûts de production et sur l'activité économique, car une partie des cotisations sont versées par les entreprises.

L'assurance maladie a connu des soldes négatifs, de l'ordre de 3 à 3.5 milliards d'euros entre 2001 et 2003. Cette situation est liée au décalage récurrent entre l'évolution fortes des dépenses ; du fait du vieillissement de la population, du progrès médical et pharmaceutique, de l'absence de restriction d'accès, du paiement à l'acte..., et celle nettement moindre des recettes, surtout en période de faible croissance économique.

Ces déficits persistants sont perçus comme problématique parce qu'ils exercent une pression à la hausse des cotisations et qu'ils constituent une menace pour la compétitivité de l'assurance maladie²³. Par conséquent, une succession de réformes ont été entreprises depuis 1980.

2-3-Les réformes récentes

En fait, on peut relever la réforme de 1992 qui introduit la concurrence entre les caisses d'assurance maladie, à travers le libre choix offert aux assurés, alors qu'auparavant l'affiliation à un type de caisse dépendait de l'appartenance socioprofessionnelle ou du lieu d'habitation. Nous intéresserons aux dernières réformes entreprises.

2-3-1-La réforme de 2003

La réforme adoptée fin 2003 avait pour but de permettre aux caisses d'assurance maladie de retrouver l'équilibre tout en baissant leurs taux de cotisation.

Cette loi met fortement l'accent sur la responsabilisation du patient en accentuant sa participation financière dans la prise en charge du risque maladie, le recours à l'impôt pour le

²² MM Alain Vassel et Bernard Cazeau : rapport d'information, 2006.

²³ P.Hassentfeul : Les réorientations politiques de l'assurance maladie. Chronique Internationale de l'IRES-n°91.2004.

financement de l'assurance maladie et favoriser les démarche de qualité des soins et de maîtrise médicalisée. Cela consiste en premier lieu à :

- L'instauration d'un nouveau système de ticket modérateur :
 - L'instauration d'un ticket modérateur de 10 euros par trimestre pour les consultations médicales. Elle doit être versée dès la première consultation et qu'elle qu'en soit le nombre.
 - Le relèvement du ticket modérateur pour les séjours hospitaliers en passant de 9euros par jour (plafonné à 14 jours par an) à 10 euros par jours (plafonné à 28jours par an).
 - La fixation du ticket modérateur pour les médicaments à 10% du coût des produits prescrits.

Le volume total des tickets modérateurs ne pourra dépasser 2% des revenus nets des assurés, et 1% pour les maladies chroniques²⁴.

- Le déremboursement de médicaments non prescrits considérés comme des produits de confort (à l'exception des enfants de 12 ans et ceux de 18 ans avec de sérieux problème de santé), et la suppression du remboursement de certaines prestations tel que les montures et verres de lunettes, la stérilisation, les cures thermales et les frais de transports hors ambulance...etc.
- Enfin, la hausse des cotisations des assurés et des laboratoires sous forme de hausse des cotisations maladies des retraités, d'élargissement à certains médicaments du mécanisme du prix de référence et d'une hausse de la fiscalité sur le tabac (dont le produit devrait être reversé aux caisses par la voie d'une subvention de l'Etat fédéral au titre des charges non contributives, essentiellement les dépenses de grossesse, maternité au titre de l'IVG, des indemnités pour enfant malade et des indemnités en cas de décès).

Dans le cadre d'amélioration du fonctionnement du système de santé et la lutte contre les fraudes, la loi prévoit une incitation des patients à faire recours aux soins préventifs, en

²⁴ Les enfants sont exonérées du ticket modérateur jusqu'à l'âge de 12ans.

accordant un bonus, aux assurés acceptant de se soumettre à certains types de contrôles. La création d'une carte de sécurité sociale électronique²⁵ ainsi que l'incitation à choisir un médecin de famille et à entrer dans un parcours de soins, en échange d'une baisse de cotisation et d'une exemption de ticket modérateur (si le patient est adressé au spécialiste par un généraliste). Comme elle prévoit, le développement des génériques notamment en permettant aux pharmaciens de substituer ces produits aux médicaments prescrits toute en les incitant financièrement (par une augmentation de leur marge). Puis, la création d'un centre médical spécialisé par maladie. L'idée est de favoriser les gains de productivité en regroupant les équipements et les personnels médicaux propres à chaque pathologie.

Cette réforme devrait permettre aux caisses d'assurance maladie du régime légale de retrouver un équilibre financier, toute en leur donnant la possibilité d'abaisser leurs taux de cotisation (l'objectif initial était une baisse de 1.5 point à la fin 2005 et de plus de 2 points à l'horizon 2007)²⁶.

D'autre part, l'accent mis sur les aspects financiers s'est rapidement traduit dans les comptes de l'assurance maladie, qui, pour le premier semestre 2004, sont excédentaires de près de deux milliards d'euros. Ce retour à l'équilibre financier n'est pas seulement dû à une augmentation des recettes, du fait des taxes trimestrielle de cabinet médical, mais aussi d'une baisse des dépenses d'assurance maladie d'environ 3%. On note une baisse des dépenses des consultations médicales (estimé à environ 10% pour le premier trimestre 2004), et des prescriptions des médicaments (estimer à 27% sur les quatre premier mois de 2004)²⁷.

2-3-2- les effets à long terme de la réforme 2003

Les effets à long terme ne paraissent pas de nature à assurer la viabilité du régime d'assurance maladie.

En fait, la réforme n'a pas abaissé le rythme de progression des dépenses. A l'exemple des dépenses hospitalières qui ont connu un rythme plus soutenu en 2005 (une évolution de 2.9% par rapport à 2004) malgré le relèvement du forfait hospitalier (il semble avoir un effet limité).

²⁵ Cette carte contiendra à la fois des données personnelles du patient et les ordonnances du médecin.

²⁶ Commission des comptes de la sécurité sociale : « la situation financière de l'assurance maladie Allemande et Britannique après les réformes. Septembre 2006.

²⁷ P.Hassenteufel : « assurances maladies et réformes ». Sève automne 2004.

Aussi, pour les dépenses de médicament qui ont subi une forte hausse en 2005. Elles ont connu une augmentation de 16.3% par rapport à l'année 2004. Pour faire face à cette situation d'autres mesures sont adoptées dès le 1^{er} Ma 2006²⁸ tel que :

Le gel du prix de tous les médicaments pendant deux années et l'instauration d'un dispositif de bonus-malus sur la base d'une convention passée entre les caisses et les médecins concernant les dépenses de médicaments.

Les caisses d'assurance maladie ont enregistré une progression de leurs recettes globales sur l'année 2005. Cette progression est en grande partie assurée par les subventions versées par l'Etat (issue des taxes sur les tabacs), destinée à couvrir les charges indues de l'assurance maladie.

L'objectif initial d'une baisse des taux de cotisation de 1.5 point fin 2005 et de plus de 2 points à l'horizon 2007 n'a donc pu être réalisé en pratique. Le taux reste en moyenne à 14.18% contre 14.31% avant la réforme alors que les caisses prévoyait un taux moyen de l'ordre de 12.7% en 2006 (13.6% fin 2004 et 13% fin 2005)²⁹.

La question de financement se concentre actuellement sur l'assurance maladie, dont le déficit structurel devrait atteindre 8 à 10 milliards d'euros annuels à partir de 2007, selon les estimations du patronat et des caisses d'assurance maladie. Ce qui confirme la nécessité d'entreprendre de nouvelles mesures.

Les principales mesures portent sur l'organisation des cotisations, la création d'un fonds pour la santé et l'appel à l'impôt pour le financement des caisses d'assurance maladies publiques.

En fait, les mesures pour l'année 2007 portent sur hausse des cotisations d'assurance maladie de 0.5 point, supportée pour moitié par les salariés et par les employeurs.

Ainsi, la création d'un fonds de financement pour la santé en 2008, destiné à centraliser le financement des caisses³⁰. Le fond sera ainsi financé par les cotisations des salariés et des employeurs qui seront versés dans ce fonds de gestion et non plus directement aux caisses concernées, ainsi que par un financement de 3% supplémentaire de l'impôt sur le revenu. Par ailleurs, le financement d'une couverture santé des enfants gratuite par l'impôt à partir de 2008.

²⁸ Idem.

²⁹ Rapport d'information n°439, Sénat, juin 2006.

³⁰ OCDE : « pérenniser le financement de l'assurance maladie ». 2008.

L'introduction d'un renforcement de la concurrence entre les caisses, qui peuvent négocier les prix des médicaments avec les fabricants. Les prix fixes pour les médicaments remboursables sont remplacés par un prix plafond, et les caisses et les pharmaciens ont la possibilité de négocier les prix avec les laboratoires. Pour la limitation de la prescription des médicaments les plus chers par les médecins généralistes, ils devront avoir un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste pour pouvoir les délivrer.

Section 3 : Le système de santé Belge

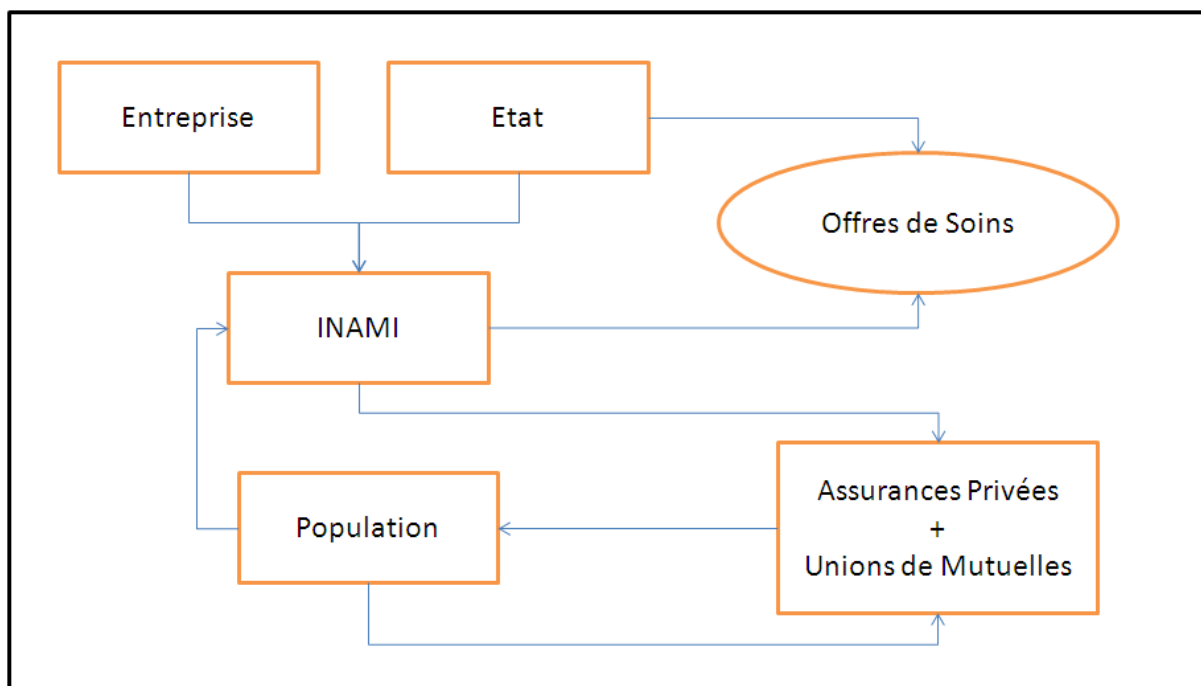
Nous consacrons cette partie au système de santé Belge. En fait, nous allons développer, l'organisation et fonctionnement du système et surtout nous intéresserons aux réformes récentes.

3-1-Présentation du système de santé

Le système de santé belge est organisé sur la base d'un modèle bismarckien, avec un financement principalement assuré par des cotisations et une offre de soins essentiellement privée. L'organisation générale du système de santé est régulée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Le système de santé belge est caractérisé par un secteur libéral dominant. L'offre de soins ambulatoires appartient entièrement au domaine privé tandis que le secteur hospitalier est mixte. L'organisation du système de santé est résumée dans la figure n°5.

Schéma n 5 : système de santé belge :



Sources : réalisé par nos soins d'après plusieurs lectures.

Le système de santé Belge présente trois caractéristiques fondamentales³¹ :

- Une conception libérale de la médecine, puisque la plupart des prestataires de soins sont indépendants, payés à l'acte, et jouissent de la liberté diagnostique et thérapeutique.
- Un régime d'assurance obligatoire pour les soins de santé dont la gestion fait l'objet d'une importante concertation entre les différents acteurs du secteur (organismes assureurs, professionnels de la santé, payeurs, autorités publiques).
- Le libre choix des patients, tant en ce qui concerne le prestataire de soins que l'établissement de soins (privé ou public), ce qui implique également le libre accès aux médecins spécialisés.

L'offre de soins est essentiellement privée ; les offreurs de soins ambulatoires sont généralement rémunérés sur la base d'un paiement à l'acte et les établissements de soins sur la base d'une combinaison de paiement prospectif et de paiement à l'acte. En 2002, le nombre

³¹ W .D'hoore : le système de santé Belge : du mouvement mutualiste aux institutions de la sécurité sociale dans un Etat pluraliste.

moyen de consultations par personne était relativement élevé (7,3 contre 6,2 pour la moyenne des quinze pays composant l'Union européenne en 2004).

Les soins de santé sont financés par des sources publiques et dispensés principalement par le secteur privé. L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité supervise l'organisation générale du système de soins de santé et est chargé du transfert des ressources financières aux caisses de maladie gérées par le secteur privé et à but non lucratif. Les patients peuvent choisir librement leur prestataire de soins, leur établissement hospitalier et leur caisse de maladie.

Le système de santé belge a été confronté comme la plupart de ses partenaires européens, à une forte croissance de ses dépenses de santé. Elles représentaient 10.2% du PIB en 2007, soit plus de 1 point de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (8.9%). Les dépenses de santé par rapport au PIB en Belgique restent cependant moins élevées qu'aux États-Unis (qui enregistrent le niveau le plus élevé avec (16%), en France (11%), en Suisse (10.8%) et en Allemagne (10.4%)³².

Le financement public représente la principale source de financement des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et du Mexique. En Belgique, 75.1% des dépenses courantes de santé (excluant les investissements) sont financées par des fonds publics, un niveau proche de la moyenne des pays de l'OCDE (72.8%).

3-2-L'assurance sociale

Le système de santé Belge repose sur le principe de solidarité puisque, d'une manière générale, les cotisations demeurent proportionnelles au revenu des affiliés tandis que des remboursements sont les mêmes pour tous, sauf pour les groupes sociaux les plus vulnérables, pour lesquels ils sont majorés.

L'organisation du système de sécurité sociale belge a fait une distinction entre les trois régimes³³ :

³² Economie- santé OCDE 2009.

³³Service publique fédéral sécurité sociale : « tous ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale » : 2006.

Le régime des travailleurs salariés- le plus grand des trois - c'est l'ONSS (l'Office national de sécurité sociale) qui est l'organisme de perception principal. L'ONSS perçoit les cotisations de sécurité sociale tant des employeurs que des travailleurs. Le paiement des prestations se fait par des institutions de paiement, nommées parastataux.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, ils sont assurés pour cinq branches de la sécurité sociale (les soins de santé, l'incapacité de travail ou l'invalidité, l'assurance maternité, les prestations familiales, les pensions et la faillite). Les travailleurs indépendants s'affilient et payent leurs cotisations sociales auprès d'une Caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants ou auprès de la Caisse nationale auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants qui est gérée par l'Institut national d'Assurances sociales pour Travailleurs indépendants (INASTI).

Les fonctionnaires se répartissent en deux groupes : le personnel local et provincial et les autres. Pour ceux qui appartiennent à la première catégorie, c'est l'ONSSAPL (l'Office national de sécurité sociale pour les administrations provinciales et locales) qui est l'instance principale. Pour tous les autres fonctionnaires, l'autorité qui agit comme employeur est elle-même responsable de la perception et du paiement des cotisations, à l'exception des cotisations des soins de santé qui, elles, sont affectées au régime régulier des travailleurs salariés.

La Belgique a un régime d'assurance obligatoire soins de santé fondé sur le modèle de la sécurité sociale. Elle garantit un ensemble complet de prestations à 99 %³⁴ de la population. Le remboursement par les différentes caisses maladie (appelées mutuelles, auprès desquelles le patient doit s'inscrire) dépend de la nature du service, du statut du prestataire et de la situation de l'assuré³⁵. Il existe une distinction entre les personnes remboursées au tarif normal et celles bénéficiant d'un remboursement majoré (appartenant aux groupes sociaux vulnérables). Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, un système de remboursement préférentiel et d'exonérations sociales et fiscales a été mis en place. Toutefois, l'exonération sociale ne s'appliquait qu'à certaines catégories sociales et l'exonération fiscale permettait uniquement d'être remboursé après un délai moyen de deux ans, d'où le lancement du système du « maximum à facturer ». Ce principe instauré en 2001, fixe une limite absolue à

³⁴ WHO : panorama de la santé en Belgique .2004. In : www.euro.who.int

³⁵ HAS (haute autorité de santé) : la participation des patients aux dépenses de santé.

ce qu'un ménage dépense par an en tickets modérateurs pour des soins remboursables indispensable³⁶.

Le principe est donc le suivant : dès que l'ensemble des interventions personnelles dans certains types de soins excède un plafond déterminé, la mutualité rembourse intégralement toutes les interventions personnelles en sus du plafond. Ce plafond varie en fonction de la catégorie sociale de l'assuré, de son âge ou en fonction des revenus du ménage.

Les assurances privées proposées par des entreprises à but lucratif occupent encore une part de marché très limitée, mais elles progressent peu à peu du fait de la réduction de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie obligatoire.

3-3-Le financement de la sécurité sociale et réformes récentes

Les ressources de l'assurance soins de santé sont principalement constituées par les cotisations des travailleurs, des employeurs et des subventions de l'Etat. Les cotisations sociales restent la principale source de financement de la sécurité sociale ; elles représentent 75 %³⁷ des recettes en 2004.

Le montant total des cotisations du travailleur et des cotisations de l'employeur doit être transféré, sous la responsabilité de l'employeur, à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) qui est l'organisme percepteur des cotisations de sécurité sociale. Ce dernier répartit le produit des cotisations entre les divers organismes distributeurs de prestations.

Ces cotisations sociales, ainsi que d'autres moyens financiers, sont alors réparties entre les différentes branches de la sécurité sociale.

Chaque branche est supervisée par un organisme public doté d'un comité de gestion paritaire. Pour ce qui concerne notre objet, l'assurance soins de santé et indemnités, les moyens disponibles sont gérés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI)³⁸ et les mutuelles qui jouent à la fois le rôle de sociétés d'assurance et de caisses primaires.

³⁶ Gipspsi : chiffres clés Belgique. In www.gipspsi.org

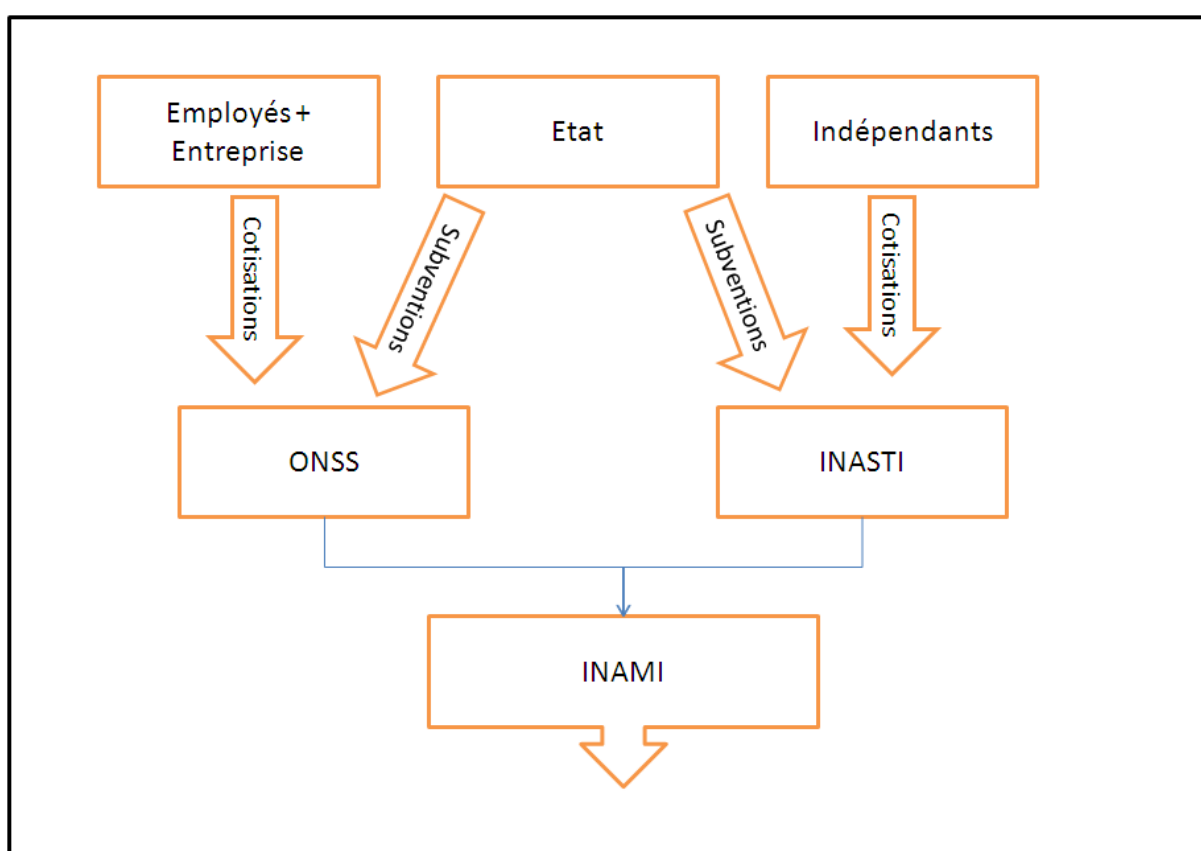
³⁷ Marianne DE TROYER et Estelle KRZESLO : *Belgique*, Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale : trois éléments indissociables. Chronique Internationale de l'IRES. n°91.novembre 2004.

³⁸ L'Institut nationale d'assurance-maladie invalidité est un établissement public de sécurité sociale chargé de la gestion administrative et financière de l'assurance maladie.

Par ailleurs, en ce qui concerne le remboursement des prestations, chaque Union nationale (organisme assureur ou OA) reçoit de l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) les sommes qui lui reviennent en fonction de ses dépenses de l'année précédente.

Depuis 1995, le financement des OA s'effectue sur un mode normatif, comparativement aux dépenses des autres OA (actuellement, 25% de la somme sont attribués sur base «normative», les 75% restants sont attribués sur base des dépenses réelles). En gros, cela signifie que les recettes dépendront de ce que l'OA aurait dû dépenser, en fonction des caractéristiques sociales de ses affiliés (âge, sexe, statut social des affiliés, proportion de chômeurs de longue durée, revenus des affiliés, composition du ménage, urbanisation et mortalité)³⁹.

Schéma n 6 : les ressources de l'assurance maladie en Belgique.



Source : réalisé par nos soins d'après le document l'organisation de l'assurance maladie –invalidité en Belgique.

L'Etat s'est engagé à compenser la diminution de ces recettes par un financement alternatif (versement d'une partie des recettes de la TVA)⁴⁰. En fait, La Belgique, affectent a

³⁹ William D'hoore : le système de santé Belge : du mouvement mutualiste aux institutions de la sécurité sociale dans un Etat pluraliste de la sécurité sociale. Revue transdisciplinaire en santé, vol. 10, n° 1, 2004, pp. 71-85.

⁴⁰ Marianne DE TROYER et Estelle KRZESLO : op.cit.

priori une partie des recettes de certains impôts (TVA, produits financiers ou taxes sur les alcools par exemple) au financement de la protection sociale.

En 2005, 6,7411 milliards d'EUR des recettes totales de la TVA ont été affectés à la sécurité sociale des travailleurs salariés et 124,2 millions d'EUR à la sécurité sociale des travailleurs indépendants⁴¹. De plus, en 2006 environ 15% du montant de la taxation des produits financiers (le précompte mobilier).

Par ailleurs, les études de l'organisme public de prévisions économiques de Belgique ont jugé ce financement peu performant⁴².

Toutefois avec la diminution des recettes fiscales, ce financement alternatif devient problématique⁴³. Pour ce faire, une suggestion serait d'élargir l'assiette des cotisations sociales en ajoutant aux revenus du travail les revenus mobiliers et immobiliers et les bénéfices des sociétés. C'est ce que l'on appelle la contribution sociale généralisée.

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, plusieurs mesures ont été envisagées :

- Concernant la politique en matière de produits pharmaceutiques, un système de remboursement de référence a été mis en place afin d'encourager l'utilisation des médicaments génériques et en développant la prescription en dénomination commune internationale,
- Revaloriser le statut du médecin généraliste en faisant du «dossier médical global» un instrument d'échange de données avec les médecins spécialistes. Si le patient est fidèle à son médecin généraliste, il paiera un ticket modérateur réduit. De même, sa visite chez un médecin spécialiste sera moins coûteuse si elle est prescrite par son médecin référent ;
- Organiser et structurer les soins et la médecine d'urgence : dissuader les patients de recourir aux urgences de l'hôpital lorsque leur état ne le justifie pas, sous peine d'honoraires plus élevés qui pourront servir à organiser des gardes de généralistes ;
- Lutter contre le sous financement chronique des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés ;

⁴¹ Service public fédéral sécurité sociale : tous ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale .2006 in : www.socialsecurity.fgov.be.

⁴² Eléments de comparaison internationale sur le financement de la protection sociale.

⁴³ Marianne DE TROYER et Estelle KRZESLO : op.cit.

- Privilégier la prévention notamment par l'accès gratuit des enfants de moins de 12 ans aux soins dentaires, le remboursement des appareils auditifs chez les adolescents jusqu'à 18 ans, la gratuité du sevrage tabagique pour la femme enceinte et son partenaire ;
- Dans le secteur hospitalier, le passage d'un système de financement fondé sur un tarif à la journée à un système de paiement prévisionnel forfaitaire par groupes homogènes de patients a donné de bons résultats en termes de maîtrise des coûts. Le financement des hôpitaux, qui s'appuyait autrefois sur des éléments structurels tels que le nombre de lits agréés, tient aujourd'hui compte de la notion d'« activité justifiée de l'hôpital ». Cette activité justifiée est fonction du « case-mix » de l'hôpital et de la durée moyenne nationale de séjour par groupe homogène de patients⁴⁴.

D'autres mesures portant essentiellement sur des baisses des tarifs, une restriction de l'offre et des augmentations du ticket modérateur ont été instaurées.

Section 4 : Le système de santé Russe

Dans cette partie nous essayerons de développer le système de santé russe et les réformes entreprises.

4-1-Présentation du système de santé

Le système de santé russe était un système centralisé, hiérarchisé, financé par le budget de l'Etat⁴⁵. Il reposait sur les principes du modèle Semashko⁴⁶, dont les caractéristiques étaient les suivantes :

- Accès universelle aux soins de santé,
- Les services sanitaires appartiennent à l'Etat,
- Les professionnels de la santé étaient rémunérés par l'Etat,
- Les services étaient normalement gratuits mais les patients devaient payer une somme forfaitaire pour certaines d'entre eux (exemple des médicaments).

Durant les années 90, le modèle Semashko était déjà largement défaillant du fait du sous-investissement dans la santé en général et de la diminution des ressources consacrées à la

⁴⁴ WHO : op.cit.

⁴⁵ Thomas. Kergall : système de santé et décentralisation dans les pays en transition : le cas de la fédération de Russie.

⁴⁶ Ce système, qui a vu le jour dans les années 20 au sein de l'ex-URSS, s'est ensuite diffusé dans les démocraties populaires satellites de l'URSS après 1945.

prévention en particulier⁴⁷. Les dépenses de santé ne représentaient que 3.6% du PNB. Entraînant des rationnements importants, en outre, les services sanitaires étant de faible qualité, l'état de santé de la population s'était progressivement détérioré. La mortalité a connu un regain dramatique dans les années 1980 et 1990, avec un pic en 1994, année où l'espérance de vie à la naissance des hommes est tombée à 57,5 ans. Entre les recensements de 1989 et de 2002, la population a diminué de 1 840 000 personnes, le recul de la croissance naturelle s'étant chiffré à 7 399 800 habitants. De manière générale, l'espérance de vie a chuté de façon spectaculaire depuis la fin des années 1960, pour atteindre aujourd'hui un niveau inférieur à celui enregistré il y a quarante ans. D'après les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elle est aujourd'hui de 65 ans, hommes et femmes confondus, contre 80 ans dans les pays occidentaux.

4-2-Une situation sanitaire inquiétante

En Russie, 56 % des décès sont dus à des accidents cardiovasculaires (ACV), 15 % à des traumatismes et empoisonnements, et 13 % à des cancers. Pour un homme russe de 35 ans, la probabilité de décéder avant 75 ans est de 25 % dans le cas d'un cancer et de 41 % dans celui d'un ACV, le taux de mortalité lié à cette dernière affection ayant augmenté de 16,3 % entre 2000 et 2001 et continuant de progresser, tandis que celui imputable au cancer est près de deux fois plus élevé que dans les pays occidentaux. Si les maladies cardiovasculaires constituent dans ces derniers la première cause de décès, le taux de mortalité qui en découle est supérieur en Russie à celui enregistré, toutes causes confondues, aux Etats- Unis. De plus, si partout les hommes apparaissent plus vulnérables que les femmes, ces dernières succombent à un ACV deux fois plus souvent en Russie que les hommes dans des pays comme le Canada, l'Italie ou l'Espagne.

Par ailleurs, selon l'OMS, il y aurait, en Russie, entre 10 et 15 millions de personnes atteintes du diabète, ce qui place le pays au cinquième rang mondial pour le nombre de personnes atteintes de cette maladie.

On observe également la réapparition de maladies infectieuses, autrefois contrôlées, et les cas de diphtérie, de typhoïde, de choléra et de tuberculose ont nettement augmenté dans les

⁴⁷ Thomas. Kergall : op.cit.

années 1990. La diphtérie paraît endémique et le doublement depuis 1990 des cas de tuberculose identifiés, qui touche désormais environ 134 personnes sur 100 000 (soit, au total, 195 000), confère à cette maladie, selon la définition de l'OMS, le caractère d'une épidémie. Il est à préciser que plus du tiers des tuberculeux appartiennent à la population carcérale : un prisonnier sur dix serait atteint de cette affection, soit 86 000 détenus en 2003.

Par ailleurs, les maladies sexuellement transmissibles ne cessent de gagner du terrain. Ainsi, s'agissant du virus du Sida, la population des personnes contaminées a été multipliée par 50 au cours de ces trois dernières années, et on estime qu'elle est aujourd'hui de 860 000(5). Le nombre de nouveaux cas enregistrés en 2000 (56 630) était près du double de celui de 1987.

La contamination provient majoritairement (70 % des cas en 2001 et en 2002) de l'usage multiple des seringues. Or, on estime à 3 millions le nombre de consommateurs de drogue par injection en Russie, ce qui donne une idée de l'ampleur que pourrait prendre la propagation du virus. Les risques de contamination sont, en outre, considérablement accrus par le fait que l'utilisation du préservatif est peu répandue au sein de la population et qu'il n'y a pratiquement pas, en Russie, de programme d'éducation sexuelle ou de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles. Le Sida est, comme la tuberculose, un fléau des prisons russes : 36 000 détenus seraient séropositifs. Ajoutons que 30 % des personnes contaminées sont des femmes et que 80 % d'entre elles ont moins de 30 ans. L'enclave de Kaliningrad détient le triste record du nombre de personnes infectées par le VIH en Europe, à savoir 3 000 pour une population totale d'un million d'habitants.

La maladie sexuellement transmissible la plus répandue en Russie reste cependant la syphilis : 6 cas pour 100 000 habitants en 1990 et déjà 217 cas six ans plus tard, soit 50 fois plus qu'aux Etats-Unis et en Europe. On a toutefois constaté une légère baisse de ce taux en 2002 (119 cas pour 100 000 personnes), la plupart des autres maladies infectieuses ayant également reculé grâce à une plus grande efficacité des programmes de prévention, alors que la prévalence du cancer, des ACV et de la tuberculose continue d'être élevée.

En 1992, le manque de moyens du système de santé s'est accentué, l'Etat s'étant fortement désengagé du secteur, le budget de la santé a été amputé de 39%...), les soins sont devenus aléatoires, obsolescence et vétusté des infrastructures, démotivation du personnel très mal payé, usure des équipements, etc.,...les pratiques discriminatoires et la corruption des

milieux médicaux se sont renforcées : les inégalités en matière d'accès aux soins, plus grave, la libération des prix a fait peser des contraintes financières très fortes sur le budget des hôpitaux, les contraignant à des économies drastiques- diminution du nombre de lits disponibles, pénurie grave de médicaments, baisse du niveau d'hygiène, etc. voire à fermer leurs portes⁴⁸.

Devant ces problèmes, les autorités russes ont décidé au début des années 90, de décentraliser leur système de santé vers les régions et l'introduction de l'assurance maladie obligatoire. En fait, ces deux aspects représentaient aux yeux des responsables politiques la meilleure solution pour répondre aux défis sanitaire et financier qu'impliquait le passage à une économie de marché.

4-3-L'assurance maladie Russe

La première Loi relative à l'assurance maladie en Russie a été adoptée en 1991 et a permis la création d'un Fond Fédéral d'Assurance Maladie Obligatoire (FFOMS) et de fonds territoriaux dans chaque région. L'assurance maladie obligatoire donne au patient le libre choix de la compagnie d'assurance, dont le rôle est d'agir en acheteur de prestations de soins auprès de l'offre de soins. Plus de 300 assureurs privés et de nombreux assureurs publics sont recensés⁴⁹. L'assurance maladie obligatoire a été initialement financée par les contributions des employeurs aux fonds régionaux (pour les actifs). En 2001, a été introduit l'impôt social unique (financé sur la masse salariale, la population active étant estimée par le BIT à 50% en 2003), redistribuée ensuite aux Fonds territoriaux. Pour la population inactive, les cotisations au fonds territorial sont versées par les budgets locaux et régionaux.

Chaque Fonds régional est responsable de la collecte des cotisations. Les cotisations perçues sont ensuite redistribuées aux compagnies d'assurances sur la base d'un paiement par capitation ajusté au risque⁵⁰. Ces dernières doivent conclure un contrat avec les établissements de leur choix pour les soins médicaux inclus dans le programme d'assurance maladie obligatoire et volontaire. Elles doivent aussi contrôler le volume et la qualité des soins médicaux offerts et défendre les droits des assurés.

⁴⁸ J. le Cacheux, et S. Cazes : la protection sociale en fédération de Russie. In revue de l'OFCE. N° 49, 1994, pp.177-206.

⁴⁹ GIPSPSI : la Russie chiffres clés. In : www.gipspsi.org

⁵⁰ Irina. Peaucelle : Economie et santé : où en est la Russie. N° 2001-05.

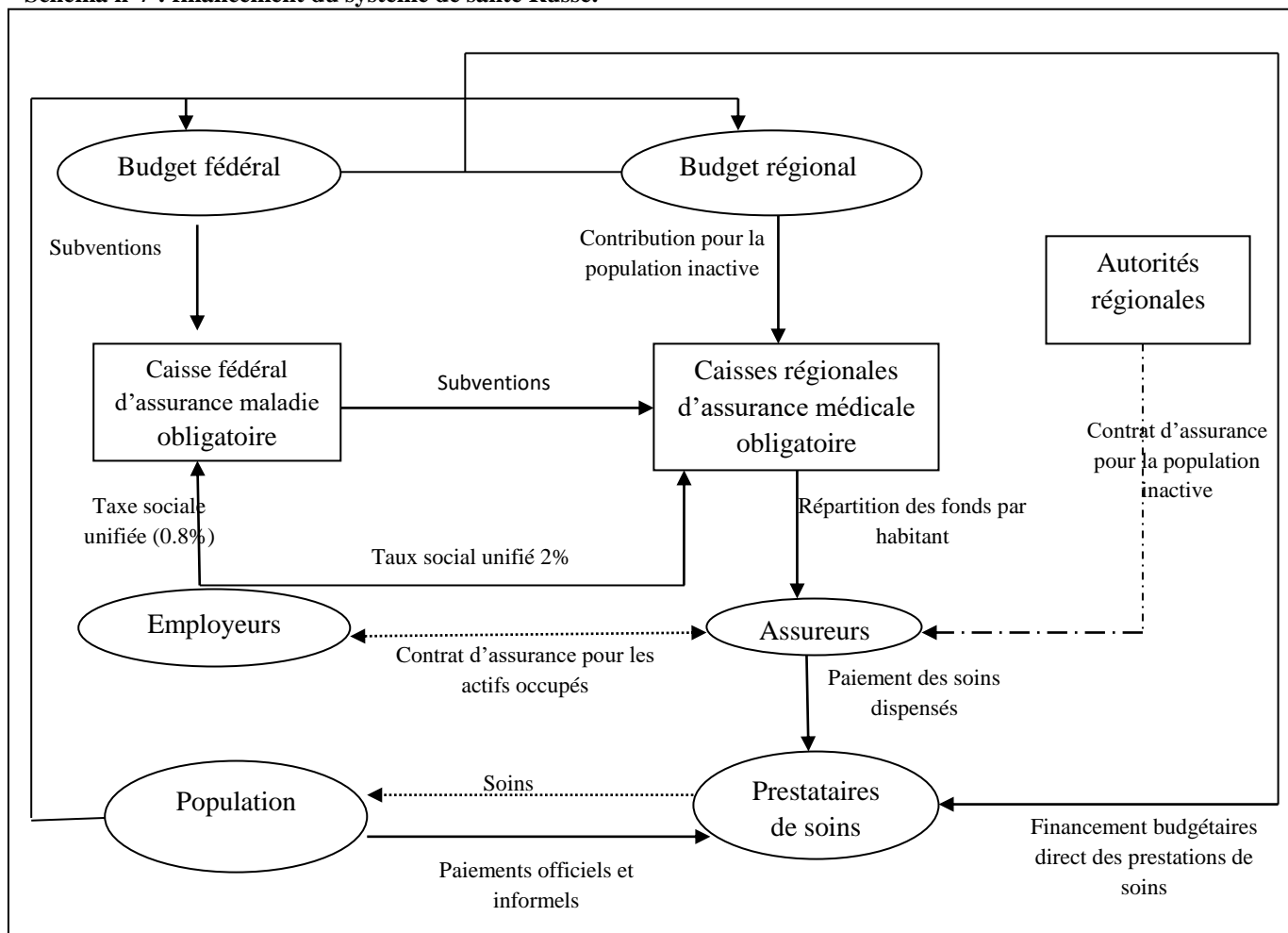
Le Fonds fédéral assure une équité régionale pour l'accès aux soins grâce à une redistribution des revenus (0,2% de la masse salariale).

Par ailleurs, l'assurance complémentaire ; incluant les paiements directs par les patients, l'assurance individuelle complémentaire, ou les financements directs par les entreprises ; contribue au financement de la santé.

En fait, il est possible, sur la base d'une assurance volontaire, d'accéder à des prestations complémentaires. Les fonds d'assurance volontaire sont alimentés par une double contribution, individuelle et patronale. Mais son ampleur est très réduite à cause de la faiblesse des revenus de la population et l'instabilité financière des entreprises. Le financement du système de santé russe peut être résumé dans la figure numéro 7.

Entre -autres, la responsabilité de la gestion des structures de santé a été transférée aux régions, aux communes et aux communautés rurales.

Schema n°7 : financement du système de santé Russe.



Sources : Études économiques de l'OCDE 2006.

4-4-Le résultat des réformes

Plus de dix ans après la mise en place effective du nouveau système de santé, on constate que le sous financement persiste et que les indicateurs de santé restent extrêmement mauvais⁵¹. En fait, la Russie consacre moins de ressources à la santé, en proportion de son PIB (5.6% du PIB en 2003).

D'une part, ces sources de financement restent chroniquement insuffisantes pour permettre une amélioration sensible de l'accès aux soins de la population. Pour des raisons économiques générales, les cotisations des employeurs ne sont pas versées à temps et pas en totalité. Il y a une forte hétérogénéité entre les régions liée à leur bassin d'emploi respectif et à la prospérité de leurs entreprises. Les financements budgétaires destinés aux soins des non-actifs sont nettement sous-évalués, ce qui contribue à creuser fortement le déficit du fonds territorial⁵².

Tableau n°22 : l'évolution des dépenses nationales en santé.

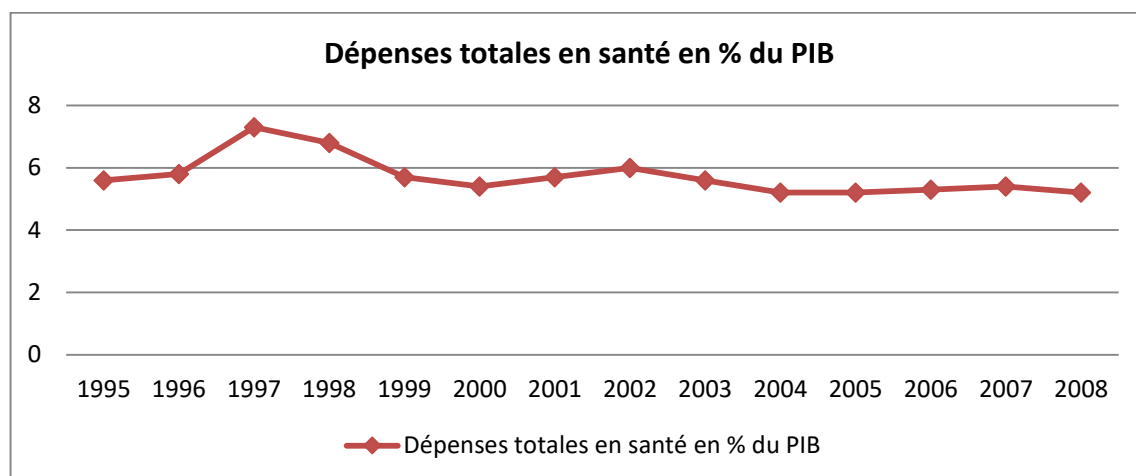
Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses totales en santé en % du PIB	5.6	5.8	7.3	6.8	5.7	5.4	5.7	6	5.6	5.2	5.2	5.3	5.4	5.2

Source: 3w.who.int/nha/glossary

⁵¹ Benoît MATHIVET : Crise et réforme du système de santé en Russie ROSES, CES, Université Paris I Panthéon-Sorbonne et CEMI, EHESS.2006.

⁵² OCDE : Réformer le système de santé *Études économiques de l'OCDE* 2006/17, Volume 617, p. 209-248

Graphique n°13: l'évolution des dépenses totales en santé en % du PIB entre 1995 et 2008.



Sources: réalisé par nos soins d'après les chiffres du tableau n° 22.

D'un point de vue sanitaire ; les indicateurs de santé ont connus une détérioration. En fait, l'espérance de vie à la naissance a connu une dégradation, et elle a été particulièrement forte chez les hommes qui, en 2003, ont une espérance de vie à la naissance de 59 ans, soit moins qu'en France à la sortie de la Seconde Guerre mondiale. L'augmentation de la mortalité accidentelle des hommes d'âge actif en est une des explications : suicides, accidents de la route et homicides sont nombreux et tiennent en partie à un alcoolisme exceptionnellement fréquent. Du côté des femmes, l'espérance de vie est de 72 ans, soit le niveau atteint en France au milieu des années 1950. Par ailleurs, en 2004, l'espérance de vie à la naissance, qui s'établissait à 65.3 ans, était inférieure de près de 5 ans au sommet atteint à la fin de l'ère soviétique.

4- 5-Recommandations pour la réforme du système de santé

La réforme de la santé doit être entreprise dans le cadre d'une action beaucoup plus vaste pour améliorer les indicateurs de santé et de mortalité, ce qui suppose à la fois une restructuration du système public de santé, un plus grand effort d'éducation et de sensibilisation de la population et de nouvelles mesures pour réduire le nombre de décès dus à des causes extérieures comme la dégradation de l'environnement et le mauvais état des routes. Il y a néanmoins beaucoup à faire pour améliorer la production de services médicaux, et les réformes pourront en outre aider la Russie à faire le meilleur usage possible des ressources supplémentaires qu'elle a besoin d'investir dans la santé.

Tout en augmentant les dépenses publiques de santé, revoir la liste des garanties de soin afin de faire coïncider les engagements formels avec les ressources disponibles, en abandonnant les prestations prises en charge qui engendrent des incitations négatives ou qui risquent de s'avérer impossibles à financer.

- Créer des mécanismes qui permettent aux citoyens d'exercer un recours, pour un coût raisonnable, si les engagements inhérents aux nouvelles garanties de soin ne sont pas respectés.
- Mettre en place un cadre approprié et des procédures transparentes pour la révision périodique des garanties de soin en fonction des évolutions médicales, technologiques et économiques.

4- 5-1-Renforcer le système d'assurance-maladie obligatoire

- Mettre un terme au double circuit de financement, par le budget et par l'assurance maladie, du système de santé et faire en sorte que l'essentiel des dépenses médicales soient désormais effectuées par l'intermédiaire de l'assurance-maladie, en transférant si nécessaire la majorité des ressources budgétaires aux caisses territoriales.
- Créer des mécanismes permettant d'aider les patients à évaluer les performances des différents assureurs maladie et à faire eux-mêmes un choix parmi ces derniers.
- Encadrer plus strictement les activités des assureurs maladie en obligeant ceux-ci à jouer un rôle plus actif dans le système et en leur donnant simultanément plus de liberté pour favoriser la concurrence. Il est indispensable que les assureurs assument pleinement leur fonction de prise en charge des risques.
- Encourager les expériences pilotes menées par les régions dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie, y compris, le cas échéant, la mise en place de systèmes de financement à payeur unique.

4-5-2-Réduire le poids excessif des soins hospitaliers et des soins de spécialistes

- Mettre à profit la tendance actuelle au développement des soins primaires pour engager un effort coordonné et de longue haleine en vue de renforcer la formation des médecins généralistes et de créer les conditions propices à l'offre de soins primaires intégrés.

- Abandonner les méthodes de financement des établissements de santé qui sont fondées sur le remboursement des dépenses ou sur des critères de capacité au profit de méthode plus efficaces telles que la négociation d'accords sur les prix et les volumes.
- Expérimenter la méthode des enveloppes budgétaires et d'autres méthodes de rémunération des prestataires de soins primaires qui encouragent une bonne prise en charge des malades, sur place, par la médecine de premier recours.

4-5-3 Dépenses pharmaceutiques

- Supprimer la distinction entre soins hospitaliers et soins externes pour l'accès gratuit aux médicaments et revoir les modalités de cette prise en charge, en mettant l'accent sur l'efficacité prouvée, la sécurité et le coût – et plus particulièrement sur la valeur ajoutée des molécules nouvelles ou des produits très coûteux. L'introduction d'un système de participation directe des patients aux coûts des médicaments, moyennant différents taux de contribution, pourrait être envisageable.
- Poursuivre les efforts pour encourager une prescription plus rationnelle de médicaments grâce à l'élaboration et à la mise en application de formulaires Pharmaceutiques et de protocoles de traitement plus précis.

4- 6- Quelques perspectives de réformes

La santé est l'une des priorités affichées du gouvernement russe, ce qui s'est concrétisé par une hausse de 81,3% des dépenses publiques consacrées à la santé en 2006, soit 700 milliards de roubles (3,4% du PIB).

- Un « Plan National prioritaire Santé » a été lancé en 2005. Ses objectifs sont les suivants :
 - amélioration des services de premiers soins.
 - renforcement des capacités de dépistage, de diagnostic et de prévention.
 - augmentation des salaires des généralistes, des médecins et infirmières.
 - meilleure prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés.
 - développement de soins médicaux « de haute technologie ».
 - modernisation des infrastructures médicales, notamment des équipements de soins d'urgence.
- Le budget 2008 du « Plan Santé » s'élève à 67 Mds RUB.

L'augmentation des rémunérations devrait contribuer à la qualité des soins pratiqués au sein des établissements publics.

Les campagnes de vaccination ont effectivement été lancées (hépatite B, roséole, grippe) et l'accès aux traitements et aux médicaments est élargi (gratuité des médicaments pour les femmes enceintes et les enfants de moins de trois ans), et des visites médicales obligatoires sont instaurées.

CONCLUSION

Dans chacun des pays, un ensemble de réformes ont tenté de réguler les dépenses de santé, notamment par un contrôle de l'offre de soins, par une régulation de la demande ou encore par une régulation du financement.

Par ailleurs, Plusieurs stratégies prometteuses de modération des dépenses de santé et d'amélioration des finances d'assurance maladie ont été prises. En effet, ces dernières consistent en un dosage d'instrument de maîtrise des dépenses et d'intégration de nouvelles sources de financement.

Chacun des systèmes d'assurance maladie privilégient les cotisations sociales prélevées sur les salaires, comme source de financement. Mais aujourd'hui, il semble plus adaptés de faire recourir à l'impôt d'où la fiscalisation du financement de l'assurance maladie.

Pour le cas de la Russie, où l'espérance de vie moyenne est inférieure et la mortalité infantile supérieure à celle des pays avancés, est confronté à des défis de santé publique différents. Mais elle peut tirer des leçons de l'expérience des autres et devraient tenter d'étendre leurs système de santé, tout en évitant les inefficiences et les coûts élevés.

CHAPITRE IV

DEFIS DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE ET PERSPECTIVES DE REFORME

CHAPITRE IV: DEFIS DE L'ASSURANCE MALADIE ET PERSPECTIVES DE REFORME

INTRODUCTION

Les caisses de l'assurance maladie en Algérie sont confrontées à l'accroissement des dépenses et arrivent difficilement à équilibrer leurs comptes. Dans ce contexte, plusieurs mesures de rationalisations des dépenses d'assurance maladie ont été mises en place. En effet, un ambitieux programme de réforme de la sécurité sociale a été lancé en Algérie durant la période 2000-2010, dont les principaux axes consistent en :

- l'amélioration de la qualité des prestations avec notamment, le développement du système tiers payant (médicaments et soins avec le dispositif de convention du médecin traitant)...etc.
- la modernisation, surtout avec l'introduction de la carte électronique de l'assuré social «CHIFA ».
- la préservation des équilibres financiers des organismes de sécurité sociale et la rationalisation des dépenses d'assurance maladie, avec notamment l'encouragement de la politique du médicament générique, et la production pharmaceutique locale...etc.

Dans notre travail nous intéresserons à ces mesures prises, à savoir le générique, le tiers payant, la carte Chifa, le médecin traitant, la contractualisation et l'actualisation de la nomenclature des actes professionnels.

Pour cela, nous allons développer les différentes mesures présentées à travers la présentation de chacune, tout en s'intéressant aux mécanismes de mise en œuvre, réalisations et nous proposerons quelques orientations par rapport des expériences étrangères. Comme nous proposerons quelques perspectives de réforme.

SECTION 1 : LE GÉNÉRIQUE

Les dépenses médicamenteuses pèsent lourdement sur le système de sécurité sociale, et plus particulièrement sur la branche assurance maladie. En effet, on remarque une croissance rapide des dépenses liées au remboursement du médicament. Cela a conduit beaucoup de pays dont l'Algérie à revoir leur politique du médicament en se basant sur l'encouragement du médicament générique.

1-1-Définitions du générique

Un médicament générique est un médicament identique ou équivalent à celui d'une marque (appelé médicament princeps), mais produit et vendu sous sa dénomination commune internationale (DCI, nom chimique de la molécule). Il s'agit de la copie d'un médicament original dont la production et la commercialisation sont rendues possibles par la chute du ou des brevets dans le domaine public ou en l'absence de brevet¹.

Selon le dictionnaire des médicaments, un médicament générique est une préparation pharmaceutique dont le brevet est tombé dans le domaine public².

L'OMS, définit les médicaments génériques comme étant des produits dont l'exploitation ne fait l'objet d'aucun brevet, soit qu'ils soient tombé dans le domaine public, soit qu'aucun brevet n'ait jamais été déposé à leur sujet³.

Selon la même source l'OMS la notion du générique correspond :

- Le mot générique à plusieurs significations en fonctions des juridictions, l'utilisation de ce terme est quelquefois écartée au profit de « multi sources pharmaceutical -product ».
- Ce sont des produits qui peuvent être mis sur le marché sous un nom déposé ou non. Ils peuvent être commercialisés sous des formes pharmaceutiques ou des dosages différents de l'innovateur.
- Le terme générique implique que ce produit pharmaceutique est substituable à l'innovateur, qu'il est fabriqué sans licence de l'innovateur et mis sur le marché après expiration du brevet et des autres droits d'exclusivité.
- Ce générique est essentiellement similaire à l'innovateur en termes d'équivalence pharmaceutiques et de bioéquivalence.

Selon la réglementation algérienne, tout générique a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique, sans indications nouvelles, et il

¹ Medqual: Etat des lieux de la place des génériques en France, novembre 2008. In : www.medqual.fr

² Fattorusso Vittorio. : Dictionnaire des médicaments, Edition : MASSON, Italie, 2001. PVII., p 7.

³ Zio S. : Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement, Thèse de doctorat en Pharmacie. Université Claude Bernard, Lyon I, 2005, p 28.

est interchangeable avec le produit de référence du fait de sa bioéquivalence démontrée par les études appropriées de biodisponibilité. Le médicament générique est généralement destiné à être interchangeable avec le médicament innovant, fabriqué le plus souvent sans licence du fabricant de ce dernier, et commercialisé soit sous la DCI, soit sous un nouveau nom de marque (spécialité), après l'expiration du brevet ou des autres droits d'exclusivité.

1-2-Types du générique

On distingue trois types de génériques :

1-2-1- *La copie-copie*

C'est la copie conforme du médicament original (même molécule, même -quantité, même forme galénique, mêmes excipients) souvent produite par le même laboratoire pharmaceutique.

1-2-2- *Les médicaments essentiellement similaires*

L'excipient change mais ni le principe actif, ni sa quantité, ni la forme galénique ; ces génériques doivent uniquement prouver leur bioéquivalence avec le médicament original. Attention, si le principe actif est rigoureusement le même, les Excipients contenus peuvent toutefois modifier les effets, par exemple en modifiant la vitesse du passage du principe actif dans l'organisme. Cependant les laboratoires doivent donc produire une étude de bioéquivalence de préférence réalisée chez l'homme et non in vitro comme cela de fait dans certains pays. Cette étude doit montrer que les nouveaux excipients ne modifient ni la quantité de molécules qui passe dans le sang, ni la vitesse à laquelle le principe actif atteint sa cible.

1-2-3-*Les médicaments assimilables*

La forme galénique change (comprimé au lieu de gélule par exemple), la forme chimique du principe actif change (sel au lieu de base, par exemple) ; ces génériques doivent également prouver leur bioéquivalence avec le médicament original.

1-3-Caractéristiques d'un médicament Générique

En pratique, le médicament générique doit contenir le même principe actif que le princeps, sous le même dosage et sous la même présentation physique (gélule, aérosol, ampoule...). Du

point de vue thérapeutique, un médicament générique a exactement la même efficacité que le princeps.

Les médicaments génériques contribuent à l'amélioration de l'accès aux médicaments de plusieurs façons, principalement à cause de leur prix, généralement plus faible que celui du médicament princeps. Ce prix s'explique par plusieurs facteurs ⁴:

- ✚ pas de coût d'investissement dans la recherche et développement ;
- ✚ pas de coût de lancement et de promotion du médicament auprès des prescripteurs ;
- ✚ la concurrence: les médicaments tombés dans le domaine public pouvant être copiés librement.

Par ailleurs leurs prix incluent uniquement les coûts de fabrication et de commercialisation.

Le médicament générique est aussi efficace et moins cher que celui qu'il remplace. Il apparaît fournir une réponse évidente au problème de l'augmentation des dépenses liées au médicament⁵.

La place occupée sur le marché par les médicaments génériques est de plus en plus importante, car ils sont aujourd'hui favorisés par les politiques de réduction des coûts de santé, réalisées dans les différents pays développés. En effet, en France, les médicaments génériques sont en progression, représentant 25,2 % du marché (17,2 % en valeur) en 2005 contre 13,7 % (9,2% en valeur) en 1999. Ce taux est faible en comparaison d'autres pays (ils représentent, en valeur, 63% du marché américain en 2007).% moins cher que les spécialités de marque⁶.

1-4-La place du générique en Algérie

La part du générique dans le marché du médicament Algérien augmente d'une année à une autre. Le tableau suivant montre la répartition du marché Algérien du médicament entre princeps et génériques.

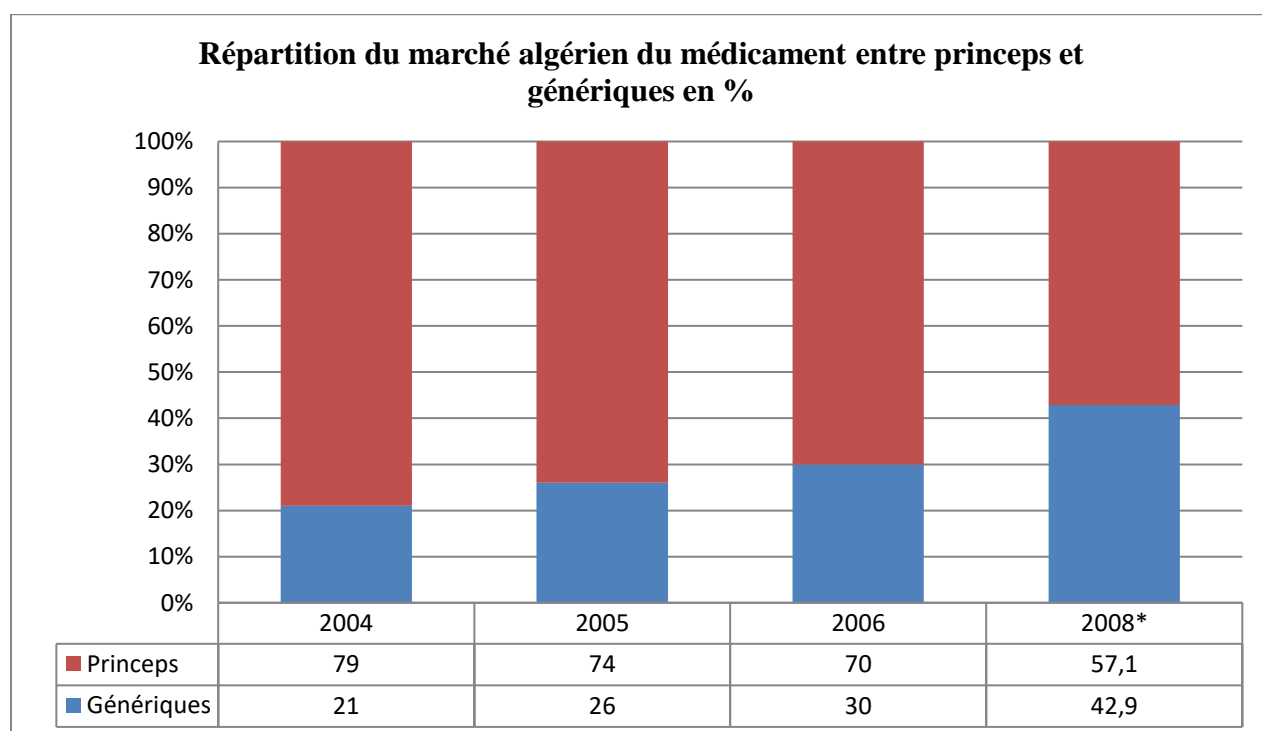
⁴ Baaklini J. : Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés (MNU) en France et à l'étranger, Thèse de doctorat en Pharmacie, université Paris sud XI, 2009. p28.

⁵ Olivier Argaut : Les génériques, une fausse réponse à l'accroissement des dépenses de santé, 2003. In : www.annales.org

⁶ BENYEZZAR .N : Génériques, conditionnements trimestriels et ventes directes : trois aspects de l'impact des mesures de maîtrise des dépenses de santé sur l'économie des officines en France. Thèse de doctorat en Pharmacie, 2006.

La tendance de l'évolution de la part du générique est à la hausse contrairement à celle du princeps. En 2004, la part du générique est de 21% pour atteindre en 42,9% en 2008, soit une augmentation de 21.9% au bout de quatre années. D'un autre coté le princeps a connu une diminution de 21.9%. Cela peut être expliqué par les mesures d'encouragement de l'utilisation du générique.

Graphique n°14 : Répartition du marché algérien du médicament entre princeps et génériques en %.



Source : Réalisé par nos soins à partir de :

N. Mellah (2007) : " Quelles perspectives de développement pour l'industrie pharmaceutique en Algérie dans le nouveau contexte international ?", Communication lors du séminaire de l'UNOP des 22, 23 Octobre 2007, Alger, p. 3. Disponible in : www.unop-dz.com

* : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (direction de la pharmacie)

1-4-1-la production du générique

La part du générique augmente d'une année à l'autre, le tableau suivant montre en valeur la part des médicaments fabriqués et importés.

Tableau n°23: la fabrication du médicament générique en Algérie

	2008		1 ^{er} semestre 2009	
	Montant en million d'euros	%	Montant en millions d'euros	%
Médicaments génériques fabriqués localement	209	19.2	179	25.6
Médicaments conditionnées localement	82	7.6	62	8.8
Génériques importées	175	16.1	77	11
Total générique	466	42.9	318	45.4

Source : réalisé par nos soins à partir des données du ministère du travail et de la sécurité sociale, avril 2010.

En effet, durant le premier semestre 2009, la valeur du générique fabriqué a augmenté pour atteindre 241 millions d'euros (179 pour la fabrication et 62 pour le conditionnement) et la valeur du générique importé a largement diminué en chiffre, probablement elle va encore diminuer au cours du 2eme semestre 2009, car les mesures de protection de la production locale n'ont été annoncées qu'en novembre 2008 et mise en application en janvier 2009, ce qui a nécessité quelques mois de préparation aux producteurs pour pouvoir lancer une production répondant à la nouvelle demande du marché national et ce qui a entraîné le sur stockage par certains importateurs.

La mesure prise par le gouvernement, portant interdiction d'importation de médicaments dont les génériques sont produits localement, a motivé certains opérateurs à se lancer davantage dans la production.

1-4-2-Consommation des génériques en Algérie

La consommation des génériques en Algérie a connu une progression. Elle est évaluée à 15% en 2002 pour atteindre 38% en 2009 ; soit une progression de 23%, au bout de 4 ans. Comme

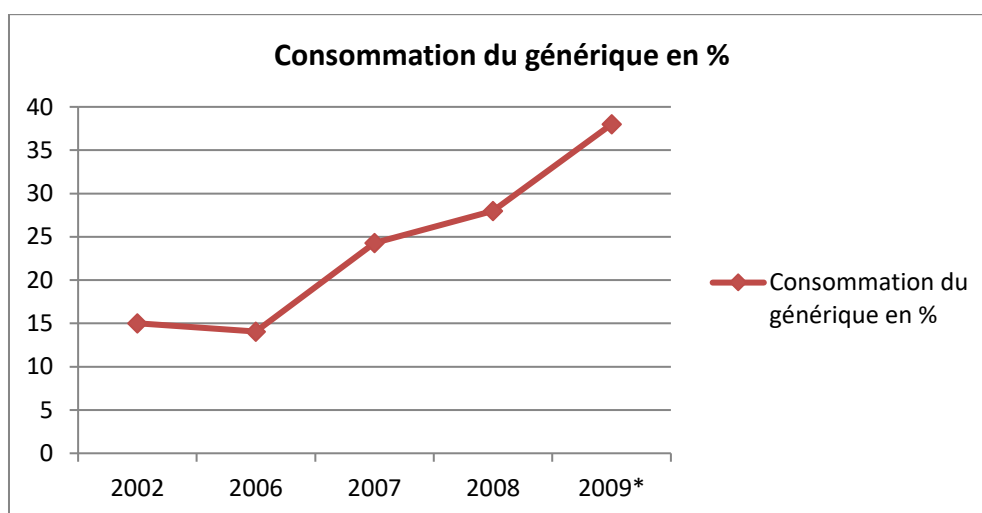
on souligne une progression de 10% durant une seule année (2008-2009). Le tableau suivant nous montre l'évolution.

Tableau n°24 : l'évolution de la consommation du générique en Algérie(en %)

Année	2002	2006	2007	2008	2009*
Consommation du générique en %	15	14.06	24.28	28	38

Source : réalisés par nos soins à partir des données du Ministère de la santé de la population et de la réforme Hospitalière.

Graphique n° 15: Evolution de la consommation du médicament générique en Algérie



Source : réalisé par nos soins d'après les données du tableau n°24.

Par ailleurs, la consommation du générique reste faible comparativement au niveau total de la consommation de médicament et par rapport au taux de consommation de princeps qui est estimée à 60%.

Selon le groupe Saïdal, premier groupe pharmaceutique du pays, la consommation de médicament générique en Algérie est en constante évolution et touche plus de 30% des patients traitées⁷.

Cette faible consommation classe l'Algérie loin derrière les pays développés, où la consommation du générique est beaucoup plus importante. En 2006, l'utilisation du générique dépasse 50 % aux Etats-Unis, en Allemagne et au Canada.

⁷ www.algérie360.com, le 12-04-2011.

Pour cela, plusieurs mesures incitatives d'encouragement de l'utilisation des génériques ont été mises en place à savoir le tarif de référence et le droit de substitution.

a- Le tarif de référence

D'après les expériences étrangères, la manière la plus intuitive de pousser le malade à demander un générique est de lui faire payer la différence de coût s'il exige un princeps. Tous les pays où le générique obtient des parts de marché importantes ont un système comparable (Etats-Unis, Allemagne, Royaume-Uni).

Selon le ministre du travail et de la sécurité sociale, l'encouragement à la consommation des génériques par l'application du tarif de référence, améliore l'accessibilité des assurés sociaux et leurs ayants droit aux médicaments. Comme il a confirmé que le gouvernement vise aussi avec cette politique pharmaceutique à maîtriser les dépenses du médicament en matière d'assurance maladie.

Le principe de la politique est le suivant : quelque soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré⁸.

Le tarif de références a été mis en place en juillet 2001, mais il n'a été mis en application qu'en avril 2006. Il fait suite à l'arrêté ministériel du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre. Ainsi, la nouvelle politique du remboursement du médicament prévoit l'élargissement du nombre de médicaments soumis aux tarifs de référence, passant de 116 DCI (1000 marques) en 2006 à 295 DCI (2156 marques) en 2008, pour atteindre 567 DCI en 2010 (2300 marques). Cela en plus de l'actualisation de la liste des médicaments remboursables, passant de 1134 DCI à 1199 DCI en 2008 pour 1346 en 2010⁹.

⁸Lewis G. : Le développement des médicaments génériques en Europe, éd. Médecine-Sciences Flammarion, Paris 1996, p 29.

⁹ Chiffres obtenues auprès du ministère de la sécurité sociale.

b- Le droit de substitution

Une autre mesure incitative prise auprès des pharmaciens par la mise en place du droit de substitution. Ce dernier consiste en le droit donné au pharmacien de dispenser au patient un générique à la place d'un médicament « princeps » prescrit par le médecin.

En Algérie, ce droit est mis en place à partir de 2006, suite à l'article 146 de décret exécutif n° 92-276 du 6 Juillet 1992 relatif à l'enregistrement des produits pharmaceutiques à l'usage de la médecine. En fait, le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre essentiellement similaire et sous réserve des dispositions de l'article 144, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage¹⁰.

La méfiance des patients était probablement l'un des obstacles majeurs au développement des génériques, tout en refusant la substitution du médicament prescrit par le médecin. Par ailleurs, 52 %¹¹ des pharmaciens considèrent les réticences des patients comme la raison principale de la non substitution.

Les patients mettent spontanément en avant, comme principale raison de leur refus de la substitution, le fait qu'ils désirent avant tout recevoir le médicament qui leur a été prescrit par leur médecin : 69 % réclament le respect de l'ordonnance.

Il existe cependant des raisons profondes plus subjectives du refus de la substitution par le malade. Or les populations les plus réfractaires au générique sont malheureusement les plus gros consommateurs : personnes âgées, jeunes enfants, et malades en traitement chronique.

Les personnes âgées, gros consommateurs, connaissent leurs (nombreux) médicaments bien plus par la couleur et la présentation que par le nom, encore moins par l'effet thérapeutique et pas du tout par la DCI : changer l'apparence de leur produit au hasard de la substitution peut être pour eux un réel facteur de perturbation.

Dans ce contexte, on dira que l'amélioration des taux de consommations des génériques passe par la contribution de chacun des industriels, des opérateurs, des médecins prescripteurs, des pharmaciens d'officines et des patients¹². Pour cela, la mise en place d'autres mesures incitatives de chacun des professionnels de santé sont nécessaires, ainsi que, l'amélioration de celles déjà mis en application.

¹⁰ A.Derraji : Droit de substitution en Algérie : opportunité ou contrainte.mai 2009. In : www.pharmacie.ma

¹¹ Olivier Argaut : op.cit.

¹²Djennane. R : Le tarif de référence : un choix thérapeutique ou une contrainte économique ? février 2008. In : www.ordredesmedecinsdeghardaia-dz.

1-5- Orientations

En se référant à des expériences étrangères, plusieurs mesures incitatives mise par les pouvoirs publics ont données leurs fruits tel que :

1-5-1L'incitation des médecins à la prescription des médicaments génériques

Les médecins perçoivent d'une manière sans cesse plus aiguë l'absolue nécessité de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie et l'importance de leur rôle à ce propos. Les orientations générales relatives à leurs prescriptions relèvent en priorité de réflexions globales dans le cadre de la réforme de la Sécurité Sociale¹³.

S'agissant de la promotion des seuls génériques, il paraît cependant possible de présenter quelques propositions :

- Confirmer aux praticiens leurs obligations en faveur de la prescription la plus économique, lorsqu'un choix existe entre plusieurs médicaments identiques.
- La formation -tant initiale que continue- des médecins devrait également accorder une place accrue à l'enseignement de la pharmacologie clinique et, plus particulièrement, à la prescription des génériques.
- L'autorisation de prescription en DCI et la revalorisation des honoraires des médecins en contrepartie d'une hausse des prescriptions en DCI.
- La mise en place d'un médecin référent généraliste, qui comme nous le verrons par la suite, est beaucoup plus prescripteur de génériques que le spécialiste.
- Accorder des incitations financière pour encourager la prescription du générique.
- Dans l'objectif de limitation de la prescription des médicaments les plus chères par les médecins généralistes (l'exemple de l'Allemagne), ils devront avoir un second avis médical auprès d'un médecin spécialiste pour pouvoir les délivrer.

1-5-2- Favoriser l'adhésion des pharmaciens d'officine à la promotion du générique

Les pharmaciens d'officines participent au développement du marché des génériques par l'application du « droit de substitution ». Pour une meilleur participation, cette mesure doit

¹³ La documentation Française : Le Développement des médicaments génériques. In : www.caducee.net.

être clarifié et que les conditions de leur rémunération ne soient pas dissuasives. Dans ce contexte ces mesures sont nécessaires :

- La Fixation des marges plus intéressantes pour les médicaments génériques est un moyen d'encourager ces praticiens et les inciter à vendre plus de génériques.
- L'adoption d'une politique du médicament générique, avec la réalisation d'un répertoire des médicaments génériques et de leurs référents permettent d'encadrer la substitution.
- La revalorisation du système des marges bénéficiaires afin d'encourager la substitution.
- Instauration des objectifs contractuels de substitution avec les pharmaciens et les règles d'application des taux de remboursement fixés.

SECTION 2 : LE SYSTEME DU TIERS PAYANT

Bien que prévu réglementairement depuis longtemps¹⁴, ce n'est que récemment et compte tenu du renchérissement des prix des médicaments suite aux dévaluations successives intervenues en application du plan d'ajustement structurel, la CNAS a institué un mécanisme dit de « tiers payant » et qui permet aux malades chroniques assurés et exonérés du ticket modérateur de se faire livrer leurs médicaments prescrits auprès d'agences pharmaceutiques de la sécurité sociale et des agences privées (conventions) qui souhaitent adhérer à ce système¹⁵.

2-1-Définition du tiers payant

Le système du tiers payant est la dispense de l'avance des frais en matière de prestations pharmaceutiques au profit de personnes affiliées à un organisme de sécurité sociale. Par ailleurs, l'assuré bénéficie grâce au tiers payant, gratuitement de ses médicaments, sans avoir à avancer de frais. La CNAS, procède au paiement à posteriori du pharmacien. En fait, ce dernier constitue le cœur de l'opération¹⁶ :

¹⁴ Le système du tiers payant produit pharmaceutique, prévu par la loi n°83.11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

¹⁵ Lamri.L : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, Alger, 2001.

¹⁶ Belambri.M : rôle du pharmacien d'officine dans le système du tiers payant et dans les dépenses de la sécurité sociale.2004.In : www.snapo.dz

- Il doit détenir, de manière effective, préventive, et responsable, en « stock payé » une quantité suffisante et variée de médicaments.
- Il remet à l'assuré les médicaments gratuitement.
- Il procède aux vérifications d'usage de toutes les pièces,
- Il exécute les gestes administratifs de l'assuré : vignettage, feuille de soins, etc.
- Il prépare les factures et bordereaux à remettre à la CNAS,
- Il effectue les multiples déplacements pour le dépôt et le suivi des dossiers, ainsi que pour les mises à jour.

Ces points engendrent un volume de travail supplémentaire pour le pharmacien, ainsi qu'une augmentation des dépenses et des charges au niveau de l'officine.

2-2- Objectif et critère du système

Le système du tiers payant est un dispositif mis en place par la CNAS dans le cadre d'amélioration de la qualité des prestations servies et la réduction des inégalités entre les différentes catégories de la population. Il permet ¹⁷:

- ✚ Dispense de l'avance des frais,
- ✚ Accès plus aisé au médicament,
- ✚ Accès aux soins des couches les plus vulnérables.

Par ailleurs, le système du tiers payant offre aux malades chroniques de pouvoir observer totalement et sans interruption leur traitement, il contribue à améliorer la qualité de leur vie par un budget familial orienté vers d'autres besoins et la diminution considérable du stress dû aux tracasseries de la paperasse et des longues chaînes de contrôle médical et de remboursement derrière les guichets des caisses d'assurance¹⁸.

Le système du tiers payant ne revêt aucun caractère obligatoire, l'assuré qui ne veut pas en bénéficier peut continuer à acheter ses médicaments et se faire rembourser ensuite par son centre de paiement.

¹⁷ Achek.Youcef Chawki: les réformes et la sécurité sociale, le tarif de référence : aspects opérationnels, octobre 2008. In : www.snapo.org.

¹⁸ Le guide de la santé et de la médecine en Algérie : le système du tiers payant et le pharmacien d'officine, 2006. In : santemaghreb.com

2-3- Le tiers payant et les conventions des pharmaciens

L'assuré ne pouvant bénéficier du tiers payant qu'au sein de l'officine qu'il aura préalablement choisie.

2-3-1- Les officines pharmaceutiques conventionnées

Ce sont toutes les officines pharmaceutiques qui ont passé une convention avec l'organisme de sécurité sociale¹⁹. A l'appui de sa demande de conventionnement, le pharmacien doit fournir²⁰ :

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

La pharmacie doit aussi disposer d'un micro-ordinateur et veiller à la disponibilité des produits pharmaceutiques.

2-3-2- Le mécanisme de fonctionnement

Après avoir vérifié que le bénéficiaire de l'ordonnance figure sur la liste des bénéficiaires. Portés sur la carte, que les droits sont en cours de validité ainsi que la conformité de l'ordonnance, le pharmacien délivre les produits pharmaceutiques qualitativement et quantitativement prescrits. Les produits pharmaceutiques qui figurent sur la liste des médicaments remboursables sont remis:

- ❖ Gratuitement lorsque le bénéficiaire est pris en charge au taux de 100%.
- ❖ Contre paiement des 20 % représentant le ticket modérateur, lorsque l'assuré est pris en charge à 80%.

¹⁹ Toute officine pharmaceutique qui le désire peut passer cette convention qui est fixé par le décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997.

²⁰ Benbahmed.L : réformes et sécurité sociale, l'expérience Algérienne. Marrakech, 2009.
In : www.pharmacies.ma.

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

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

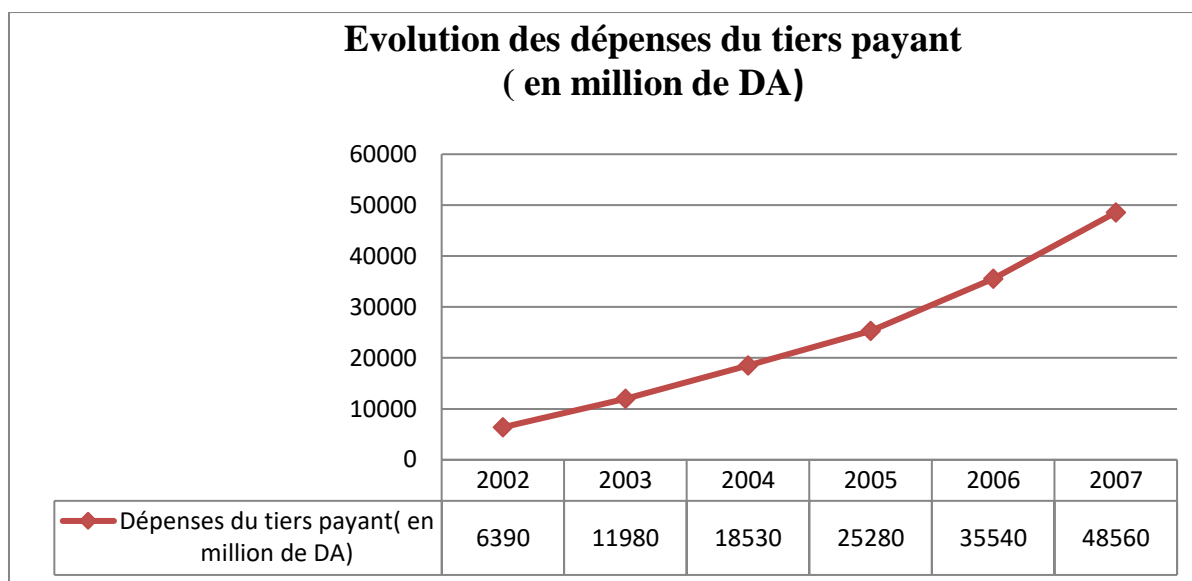
Le pharmacien remet périodiquement au centre de paiement, les ordonnances, feuilles de soins et factures au moyen d'un état récapitulatif dont le double lui est restitué à titre d'accusé de réception. Les ordonnances et factures doivent faire l'objet d'un règlement dans un délai maximum d'un mois à compter de la date de dépôt par le pharmacien. Le règlement est effectué au choix de l'officine pharmaceutique par chèque ou virement à son compte.

2-4- Dépenses du tiers payant

Selon le ministre de la sécurité sociale, le nombre de bénéficiaire du système du tiers payant a atteint 2.5 millions en 2010 alors qu'elle étaient moins de 550000 au lancement de l'opération en 2002. Selon la même source, ce principe sera généralisé en 2013 à tous les assurés sociaux, par le biais de la carte CHIFA.

Ces dépenses ont connu une progression importante, elle passe de 6390 million de DA en 2002 à 48560 millions de DA soit une progression de 87% au bout de 5 ans.

Graphique n°16 : Evolution des dépenses du tiers payant (en millions de Dinars)



Source : réalisé par nos soins à partir de:

- 1- Pr BRAHAMIA.B : « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie ». In : <http://3w.coopami.org/fr>.
- 2- Direction générale de la CNAS, direction des statistiques, Alger, 2008.

On remarque une évolution considérable des dépenses du tiers payant. Cette évolution peut être expliquée par l'importance des maladies chroniques prises en charge par la CNAS. Ainsi que par l'élargissement de cette opération avec les officines pharmaceutiques pour tous les assurés.

L'année 2006 a connu la mise en œuvre des mesures en vue de rationaliser les dépenses de produits pharmaceutiques, tel que la signature par les pharmaciens d'un cahier des charges, ainsi que le remplacement des cartes de tiers payant par des livrets, ayant permis la non domiciliation auprès d'une officine et le renforcement de la lutte contre les abus et les endossements²¹. En fait, le médecin inscrit ses prescriptions sur le livret du tiers payant. L'assuré se présente ensuite chez son pharmacien muni de son livret pour obtenir les médicaments remboursables. Ce système empêche la surconsommation, le nomadisme médical ou l'endossement et permet un réel suivi individualisé de la santé de l'assuré.

²¹ CNAS : bilan 2006, programme d'action 2007, CNAS, Alger, 2006, p9.

Selon le SNAPO (Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officines), l'application du tiers payant pose quelques problèmes du côté du pharmacien. A signaler les contraintes financières induites par la délivrance gratuite des médicaments, et les retards dans les paiements par la sécurité sociale. Ainsi que des problèmes liés au fonctionnement du logiciel et de sa mise à jour et plus rarement, la disparition des dossiers.

Dans l'objectif de faire face à ces problèmes et la simplification et l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés, la CNAS a mis en place la carte CHIFA.

2-5-Orientations

Dans l'objectif du bon déroulement de l'élargissement de cette opération, le directeur de la sécurité sociale a parlé de plafonnement du montant de l'ordonnance à 2000DA pour les assurés non chroniques. En effet, dans le cas où le montant de l'ordonnance du bénéficiaire dépasse ce seuil, il doit régler la différence qui lui sera remboursé par la suite par son centre de paiement. Selon des expériences étrangères comme source de réflexion, il est nécessaire de :

- Limiter le nombre d'ordonnances par bénéficiaires.
- Faire participer les malades chroniques au paiement du ticket modérateur concernant les dépenses non liées à leurs affections.

SECTION 3 : LA CARTE CHIFA

Ce projet requiert un intérêt particulier des plus hautes autorités de l'Etat et constitue une des préoccupations majeures de la caisse.

Cette carte est mise en place dans le cadre d'une gestion efficace des prestations par une meilleure identification des bénéficiaires et des soins prodigués et la rapidité dans le traitement des dossiers.

Les principaux objectifs assignés au système de la carte à puce CHIFA sont les suivants :

- Une plus grande maîtrise des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale.

- La simplification et l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système du tiers payant.
- La réalisation d'économie de gestion et l'amélioration de la productivité pour faire face avec plus de célérité à la demande.
- La lutte efficace contre les abus et les fraudes.

3-1-Réalisations

Dans un premier temps, l'opération était lancée dans cinq wilaya pilotes (agences pilotes) dans lesquelles le système sera testé pendant une certaine période, tant au niveau des structures de la CNAS qu'auprès des professionnels de santé, ce qui permettra d'apporter les correctifs éventuels avant la généralisation à l'ensemble des agences.

Les agences de wilaya retenues et les éléments d'appréciation de ce choix sont :

- ❖ **Boumerdès** : en raison de la proximité du centre de personnalisation ce qui permettra une intervention rapide en cas de nécessité.
- ❖ **Médea** : en raison de son relief montagneux permettant de tester la fiabilité de la télétransmission dans les cas de relief accidenté,
- ❖ **Oum-El-Bouaghi** : pour sa prédominance rurale.
- ❖ **Annaba et Tlemcen** : qui sont des wilayas importantes situées à l'Est et à l'Ouest du pays et disposant chacune d'un nombre important d'assurés et de professionnels de santé.

En 2006, les actions menées pour préparer le lancement du système ont porté essentiellement sur²² :

- La signature du contrat avec le fournisseur retenu,
- L'élaboration des projets de textes réglementaires portant ancrage, juridique de la carte Chifa et sur le dispositif réglementaire pour son utilisation,
- La connexion de toutes les structures de paiement de chaque agence pilote avec le centre de traitement informatique,

²² CNAS : document auprès de la CNAS.

- Le choix et l'aménagement du centre de personnalisation où seront produites les cartes Chifa pour les assurés et les clés pour les professionnels de santé
- Le développement de divers logiciels permettant la mise en œuvre du système.

En 2007, la réalisation du centre national de personnalisation des cartes CHIFA ; centre doté en moyen humain spécialisés et en équipements de haute technologie. L'achèvement des phases préparatoires au niveau national et local ²³:

- installation des réseaux informatiques,
- formation des personnels de la CNAS et des partenaires notamment les pharmaciens d'officine, les médecins et les personnels des hôpitaux,
- le développement des différents logiciels du système et les campagnes d'information et de communication.

3-2-Objectifs de la carte Chifa

C'est une carte de Sécurité sociale qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour qu'ils puissent faire valoir leurs droits aux prestations de Sécurité sociale. La carte sert en premier lieu à rembourser sans avoir à formuler la demande ni à remplir et présenter une feuille de soins. Il suffit seulement de la présenter chez le médecin, le dentiste, les pharmacies, les hôpitaux, auprès des agents de la CNAS et des différents établissements de soins pour bénéficier de soins et de médicaments sans paiement. Par ailleurs, la carte comporte des informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux). Cette carte est dotée également de plusieurs codes en vue de faciliter la mission aux partenaires sociaux.

La carte Chifa concernera, dans un premier temps, les détenteurs du carnet tiers payant. L'opération de création des cartes électroniques profitera de manière générale aux assurés souffrant de maladies chroniques (asthmatiques, hypertendus, etc.), aux non salariés et aux catégories particulières, à savoir les personnes nécessiteuses et handicapées.

²³ Ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale.

Contenant tous les renseignements de l'assuré social, la carte à puce Chifa permet aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits ainsi que ceux de leurs ayants droit auprès de tout prestataire de soins.

Pour les autorités, ce procédé vise à maîtriser les dépenses de santé, remboursées par la sécurité sociale grâce à la constitution de bases de données fiables, alimentées rapidement et régulièrement. Aussi, il vise à simplifier et à accélérer les procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système du tiers payant. L'autre objectif fixé par la carte à puce Chifa est le renforcement de la lutte contre les abus et la fraude.

La CNAS avait indiqué que cette carte électronique sera obligatoire, conformément à la loi n°83/11 du 02 juillet 83, modifiée et complétée, relative à l'assurance sociale, qui va prévoir la mise en place de la carte à puce et son utilisation par les assurés et les professionnels de la santé.

Matériellement, la carte à puce Chifa comportera les données visibles, comme le nom, le prénom et le numéro d'immatriculation de l'assuré, en plus de sa photo et des données visibles inscrites sur le composant électronique. Cinq catégories de données seront disponibles sur cette carte, notamment les données administratives, celles portant droit aux remboursements des prestations, médicales, celles portant historique des actes médicaux prescrites, ainsi que celles techniques relatives à la sécurisation et à l'utilisation de " Chifa ", sans oublier les données médicales : groupe sanguin, code de l'affection de longue durée, médicaments contre-indiqués et code du médecin traitant. Les professionnels de santé pourront accéder à l'historique du malade. Ce dernier comprendra la traçabilité du parcours des soins, qui aidera à établir un diagnostic précoce, évitera les actes inutiles, ainsi que les surcoûts et la surconsommation, sans oublier l'amélioration des soins et le renforcement des relations confraternelles ". Et d'enchaîner : " Ensuite, il y aura l'assuré social dont l'identification sera facile et complète. Il aura une carte unique pour faire valoir ses droits, lui simplifiant les procédures de remboursement, et qui redonnera tout son sens à la relation médecin-malade. Cette carte réduira considérablement le " nomadisme " médical, fidélisera le malade et sera un préavis à la généralisation du tiers-payant.

Selon le ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, pas moins de 4 millions de cartes magnétiques ont été remises aux assurés sociaux en 2010, et que cette opération sera

généralisée en 2012 à tous les assurés et ayant droits. Selon la même source, au niveau national, il existe 8600 officines conventionnées qui acceptent ces cartes. Et plus de 17 millions de factures électroniques ont été mises par les pharmaciens et traitées grâce au système Chifa.

En 2011, les 48 wilayas sont intégrées dans le système Chifa, plus de 5 700 000 cartes CHIFA ont été déjà établies pour plus de 19 000 000 de bénéficiaires et près de 30 millions de factures électroniques ont été traitées à l'échelle nationale.

Cette carte constitue un élément novateur dans le sens d'une grande maîtrise des dépenses de prestations médicales, de simplification et d'accélération de prestations de remboursement de frais médicaux et enfin viserait à la réalisation d'économie dans la gestion des dépenses de la CNAS. Tous les prestataires de soins, médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et établissements hospitaliers publics ou privés seront conventionnés dans le cadre de la contractualisation, afin de permettre le bon déroulement de cette opération.

3-3-Orientations

- L'élargissement de l'utilisation de la carte CHIFA.
- Lancer des campagnes d'information.
- Rendre l'utilisation de cette carte obligatoire, après quelques mois de campagne d'information.
- Actualiser les informations concernant les soins reçus par le malade. Faire est ce que le médecin aura la possibilité d'accéder à l'historique du malade aux cours des 12 derniers mois.

Section 4 : LE MEDECIN TRAITANT

Un autre projet est ouvert par la sécurité sociale visant la mise en place du médecin traitant conventionné.

4-1-Objet de la convention

L'objet de la convention est de définir les relations contractuelles entre l'organisme de sécurité sociale et le médecin (généraliste ou spécialiste) désigné comme étant le « médecin

traitant », pour le bénéfice du système tiers payant en matière de prestations médicales par les assurés sociaux et leurs ayants droit²⁴.

Le projet de conventionnement du médecin traitant s'inscrit essentiellement dans la recherche d'une meilleure qualité des prestations des organismes de sécurité sociale. En outre, ce conventionnement constitue une action fortement articulée au projet de la carte à puce Chifa qui en constitue un de ses principaux instruments. Par ailleurs, il vient compléter le système tiers payant du médicament dans le cadre de la prise en charge des soins ambulatoires.

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

Les populations qui seront concernées au cours d'une première phase sont les assurés sociaux et ayants droit bénéficiant du système tiers payant du médicament (malades chroniques, retraités et autres). Le conventionnement du médecin traitant exonérera donc les assurés sociaux et ayants droit suscités de l'avance des frais de soins de santé remboursés par la sécurité sociale lorsqu'ils sont dispensés au niveau du médecin traitant.

Ce conventionnement était lancé dans un premier temps au niveau d'une wilaya pilote (Annaba) qui est également wilaya pilote de la carte Chifa. Il concernera ainsi dans une première phase près de 65 000 assurés sociaux. La généralisation de ce conventionnement au niveau national se fera dans le sillage du projet Chifa. Les actions préparatoires à la mise en œuvre de ce projet portent sur une journée de concertation avec les représentants des organisations professionnelles concernées (conseil de l'Ordre, syndicat des praticiens et pharmaciens...) et sur la finalisation du texte réglementaire (décret exécutif) fixant la convention type. Aussi, il est prévu le lancement de la campagne d'information pour le choix du médecin traitant par les assurés sociaux ainsi que le début de la mise en œuvre de la convention.

4-2-Obligation du médecin traitant

Selon l'article 4 de la convention, le médecin traitant doit fournir à l'organisme de sécurité sociale un dossier comportant :

²⁴ Article 1 du décret exécutif n° 09-116 correspondant au 7 avril 2009 fixant les conventions types conclues entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens médicaux.

- Une copie de l'autorisation d'exercice délivrée par les services compétents relevant du ministère chargé de la santé,
- Une attestation de mise à jour des cotisations, établie par la caisse nationale de sécurité sociale des non salariés pour lui-même et par la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés pour le personnel qu'il emploie au niveau de son cabinet,
- Un document attestant son inscription au tableau de la section ordinale des médecins.

Le choix du médecin traitant est exprimé et signé conjointement par l'assuré social et le médecin traitant, au moyen de formulaire du choix du médecin traitant joint à la présente convention, et retourné par l'assuré social au centre de paiement de l'organisme de sécurité sociale dont il relève²⁵. Le médecin traitant s'engage à respecter le libre choix de l'assuré social et sa volonté de changer de médecin traitant.

Selon l'article 8 de la convention, 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 leurs intégrations dans le dossier médicale du patient,
- Orienter le malade, en cas 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 soins établi conformément aux clauses de la présente 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 auxquels il est fait référence par voie d'avenant ou, aux données récentes de la science.

Comme il s'engage à assurer les actions de prévention telles que définies à la présente convention.

²⁵ Article 5 de la convention.

Le médecin traitant s'engage, dans tous les cas, lorsqu'il existe plusieurs spécialités pharmaceutiques ayant la même dénomination commune internationale (DCI), la même forme et le même dosage, à prescrire les médicaments génériques disponibles et, autant que possible, ceux dont le prix est égal ou inférieur au tarif de référence de remboursement. Dans le cas où sa prescription comporte un ou plusieurs médicaments appartenant à des classes thérapeutiques soumises au tarifs de référence, le médecin traitant s'engage à prescrire le médicament dont la dénomination commune internationale, la forme et le dosage pour lesquels les prix des médicaments correspondants ne dépassent pas le tarif de référence de remboursement de la classe thérapeutique²⁶.

Selon l'article 11 de la convention, le médecin traitant s'engage à tenir et à mettre à jour le dossier médical pour chaque malade qu'il prend en charge en qualité de médecin traitant. Ce dossier doit comporter, notamment les éléments d'information suivants :

- Une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaire à la continuité des soins ;
- Les protocoles de soins des patients atteints de maladies chroniques et les résultats des examens complémentaires,
- Tout autre document médical transmis par les praticiens intervenant dans la prise en charge du patient.

Les outils de ce conventionnement sont la carte à puce Chifa et les référentiels de bonne pratique médicale validés par les experts nationaux. En effet, l'organisme de sécurité sociale s'engage à mettre à la disposition du médecin traitant une clé électronique du professionnel de la santé et le logiciel permettant l'utilisation de la carte Chifa. Comme, elle s'engage à intégrer et à mettre à jour régulièrement le logiciel mis à la disposition du médecin traitant et la liste des médicaments remboursables et celle des tarifs de référence de remboursement. Et intégrer dans le logiciel fournit au médecin traitant la nomenclature générale des actes professionnels et les montants servant de base au paiement de leurs prestations prévues par la présente convention.

Le médecin conventionné reçoit une formation gratuite de la Sécurité social 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

²⁶ Selon l'article 10 de la convention.

l'amélioration continue de la qualité des prestations des organismes de sécurité sociale, l'élargissement du système tiers payant.

4-3- Avantage du conventionnement du médecin traitant

Le dispositif de conventionnement du médecin traitant permet notamment une meilleure organisation du recours au système d'offre de soins, une amélioration du suivi médical des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que le développement d'un partenariat médecins-sécurité sociale pour la promotion de la qualité des soins et de la prévention de la rationalisation des dépenses de santé²⁷.

Le médecin traitant au cœur du parcours des soins. Cette mesure concerne deux cas de figure.

- Le premier est celui d'un patient qui se fait soigner dans le secteur privé. L'objectif du médecin référent est alors d'éviter un recours abusifs à des spécialistes avec des conséquences négatives pour les finances de la sécurité sociale qui prend en charge les soins.
- Le second cas de figure, concerne le cas d'un patient traité dans le secteur public et qui se rend directement dans un hôpital général, voire un CHU pour des soins peu complexes. Un dispositif de médecin référent aurait pour but d'obliger les patients à se faire examiner dans un centre de santé ou une polyclinique (hors cas d'urgence médicale évidemment) pour être autorisés à accéder à un niveau de soins supérieur.

Selon le ministre du travail et de la sécurité sociale, le dispositif des médecins traitants introduit pour la première fois en Algérie en 2009, est en train d'élargir les tiers payant de soins de santé autre que les médicaments, ce système concerne actuellement 24 wilayas et le nombre d'adhésion est important dans quelques une d'entre elles, près de 1000 médecins conventionnés et plus de 85000 retraités qui ont choisis leurs médecins traitant

En 2011, 27 wilayas sont concernées par le dispositif de conventionnement du médecin traitant, plus de 1020 médecins au niveau de ces wilayas sont déjà conventionnés et plus de 105 000 retraités ont déjà choisi leur médecin de famille²⁸.

²⁷www.chir-dent.org

²⁸ CNAS : document auprès de la CNAS.

4-4-Orientation

- Le lancement des campagnes d'information pour le choix du médecin traitant par les assurés sociaux et la mise en œuvre de la convention.
- Inciter les assurés à choisir leurs médecins traitant et l'obligation de passer par ce dernier avant de passer aux soins spécialisés, en vue d'accéder aux remboursements.
- agir sur le taux de remboursement des consultations effectuées hors parcours de soins (baisser le taux de remboursement) comme moyen d'inciter les patient à choisir leur médecin traitant(le cas de la France une baisse de 50% en 2007).
- Une autre mesure utilisé en Belgique, si le patient est fidèle à son médecin généraliste, il paiera un ticket modérateur réduit et de même sa visite chez un médecin spécialiste sera moins couteuse si elle est prescrite par son médecin référent.

Section 4 : L'ANGAP (L'Actualisation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels).

Vu les dispositions des différentes lois et décrets réglementant le fonctionnement des assurances sociales²⁹; le décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des auxiliaires médicaux, une nomenclature générale a été élaborée et sert de référence dans les pratiques de remboursement des soins et des actes médicaux.

4-1-Présentation de la NGAP

La NGAP de 1987 fixe des lettres clés représentant la nature des actes effectués et la valeur monétaire de ces actes³⁰. En effet, l'ensemble des remboursements des actes professionnels est basé sur les dispositions de cette nomenclature qui désignent les actes selon une lettre-clé et un coefficient.

²⁹ *Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales.

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

*Vu le décret n° 84-27 du 11 février 1984, modifié et complété, fixant les modalités d'application du titre II de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

³⁰ Vu l'arrêté interministériel du 04 juillet 1987 qui fixe la valeur monétaire des lettres clés relatives aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux.

La lettre-clé est en fait un signe dont la valeur monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des prestations de santé³¹.

Le coefficient est un nombre qui multiplie la valeur monétaire de base des lettres et détermine le montant pour chaque acte.

Les valeurs monétaires des lettres clés sont aujourd'hui largement dépassées; en effet, ces tarifs, qui n'ont connu aucun réaménagement depuis leur fixation en 1987, ne reflètent pas l'expression monétaire réelle de leur valeur car n'ayant pas été revus par l'intégration des effets de l'inflation et des multiples dévaluations de la monnaie locale intervenues notamment durant la décennie 90 en application du PAS³². En effet, les actes effectués dans le privé sont actuellement remboursés par la sécurité sociale sur la base de tarifs qui n'ont pas été révisés depuis 1987, ce qui réduit artificiellement les dépenses publiques. Le tarif sur la base duquel est remboursée une consultation chez un généraliste s'élève ainsi à 50 DA alors que ce type de consultation est facturé environ 400 DA aux patients. Pour une consultation chez un spécialiste, le tarif est de 100 DA, là où le patient doit payer environ 700 DA.³³.

Par ailleurs, La NGAP de 1987 ne comprend pas de nombreux nouveaux actes et examens à savoir les scanners, l'IRM, biopsies, et certains examens biologiques.

4-2-L'actualisation de la nomenclature

Pour mettre terme aux incohérences existant entre les tarifications des actes médicaux et les remboursements effectués par la sécurité sociale aux patients .un décret exécutif correspondant au 20 juillet 2005, portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens -dentistes et des auxiliaires médicaux, présenté par le ministre du travail et de la Sécurité sociale. Deux commissions ont été mise en place, pour prendre en charge le problème ; une commission de tarification et une autre de facturation.

³¹ Lamri.I : op.cit.

³² Lamri.I : idem.

³³ Banque mondiale : amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. Rapport n°36270-dz.15 aout 2007.

4-2-1 La commission de la nomenclature

Cette dernière est créée auprès du ministre chargé de la santé. Elle est chargée de proposer au ministre chargé de la santé la nomenclature générale et sa révision, et donner des avis et de faire des propositions sur³⁴ :

- Les modalités d'utilisation et d'application de la nomenclature,
- L'utilité et la sécurité des actes professionnels précités,
- La liste et la classification des actes diagnostiques et thérapeutiques devant figurer sur la nomenclature ainsi que les cotations y afférentes,
- Les libellés des actes professionnels assortis, autant que possible, de règles validées relatives à leur usage rationnel et appropriés.

La commission de la nomenclature est composée de³⁵ :

- Ministre chargé de la santé ou son représentant ;
- Le représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, vice président ;
- Deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- Un représentant du ministre de la défense nationale,
- Trois représentants de l'organe de déontologie médicale en raison d'un représentant de chaque section ordinale.
- Un représentant du conseil national de l'éthique des sciences de la santé ;
- Sept chefs de services désignés par le ministre chargé de la sécurité sociale.
- Trois représentants des auxiliaires médicaux désignés par le ministre chargé de la santé ;
- Un représentant du conseil national consultatif de la mutualité sociale.

4-2-2-La commission de la tarification

Cette commission est créée auprès du ministre chargé de la sécurité sociale. Elle est chargée de proposer au ministre chargé de la sécurité sociale les tarifs de responsabilité des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens -dentistes et des auxiliaires médicaux.

³⁴ Selon l'article 5 du décret exécutif n°05-257 correspondant au 20 juin 2005.

³⁵ Selon l'article 6 du décret exécutif n°05-257 correspondant au 20 juin 2005.

Selon l'article 10 du décret, cette commission est composée d'un :

- Ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant ;
- Le représentant du ministre chargé de la santé ;
- Le représentant du ministre chargé de la sécurité sociale ;
- Le représentant de chacun du ministre chargé de la santé, du ministre de la défense nationale et du ministre du commerce ;
- le représentant du ministre chargé de la solidarité nationale ;
- le représentant du ministre chargé des finances ;
- le représentant du ministre de l'intérieur et des collectivités locales.
- Cinq représentants de la caisse nationale des assurances sociales ;
- Trois représentants de la caisse des assurances sociales non-salariés ;
- Deux membres de la commission de la nomenclature désignés par son président.
- Trois représentants des établissements publics de santé désignés par le ministre chargé de la santé ;
- Deux représentants des structures de santé privées désignés par le ministre chargé de la santé.

Dans le cadre de l'état d'avancement des travaux des deux commissions, un responsable du ministre de la sécurité sociale, confirme que les travaux de tarification ont été finalisés depuis août 2006, et que c'est la commission de la nomenclature qui est en retard³⁶.

La révision de ces tarifs est en cours, ce qui pourrait conduire à une hausse des dépenses publiques de santé, voire à une hausse des dépenses globales si, comme cela est probable, de meilleures conditions de remboursement font augmenter le nombre d'actes dispensés dans le secteur privé.

Par ailleurs, l'augmentation des tarifs permettra de réfléchir à la définition de relations contractuelles avec les professions de santé et à une utilisation « stratégique » de l'outil contractuel. Comme, il est nécessaire d'étudier les conditions de mise en place de mécanismes de paiement des prestataires permettant de maîtriser les coûts, par exemple des méthodes basées sur la capitation. Les expériences étrangères montrent qu'il est ensuite difficile de revenir sur des avantages accordés aux professions de santé³⁷.

³⁶ D'après un entretien avec le Dr.GRABA.K.M ; vice président du ministre chargé de la sécurité sociale, effectué par nous même en avril 2010.

³⁷ Banque mondiale : op.cit.

Section 5 : LA CONTRACTUALISATION

Selon l'OMS, la contractualisation est un arrangement ou un contrat qui constitue un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel, ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses.

En Algérie, les lois de finances successives depuis 1992 disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels. Mais ce n'est qu'en avril 1995 qu'un comité interministériel chargé de la contractualisation était installé.

Le système de contractualisation vise à redéfinir la nature des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé afin de « mieux connaître le statut des usagers du système public de soins (assuré social, ayants droit d'un assuré social, démunis, non assuré social) ». Il s'agit également d'assurer « une meilleure maîtrise des dépenses de santé de la sécurité sociale » et de garantir une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge.

5-1-Objectif de la contractualisation

La contractualisation permet :

- Une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins. Les organismes de sécurité sociale pourront connaître au plan quantitatif et qualitatif les soins fournis aux assurés sociaux.
- Une meilleure maîtrise des dépenses.
- Une amélioration de la qualité des prestations de soins.
- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation rationnelle et optimale des ressources.
- Une organisation des soins pour plus d'efficacité et plus d'efficience.
- Une évaluation des activités de santé par rapport à des indicateurs de performance et des référentiels.
- Une institution de contrats d'objectifs.

- Une responsabilisation accrue des acteurs concernés.
- Une allocation rationnelle des ressources de santé.
- Identification des patients.
- Cibler de manière plus stricte les bénéficiaires du budget de l'état.

Dans une première phase, les travaux du comité ont porté essentiellement sur l'élaboration et la mise en place de supports d'information et d'évaluation, de réhabilitation du « bureau des entrées » au niveau des établissements publics de santé et de la définition des procédures d'admission et de délivrance de la prise en charge des patients.

En vue d'un développement progressif de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale ; un groupe interministériel est installé en mars 2002. Ce dernier a pour mission de veiller à adapter comme préalable, de veiller à travers le mode de financement et de paiement à retenir, à ne pas déstabiliser les équilibres financiers du système de sécurité sociale et du fonctionnement normal des établissements publics de santé. De telles perturbations risqueraient en effet, de remettre en cause l'accès aux soins de la population.

Deux modes de paiement en retenant l'attention des membres :

a-Prix moyen de la journée d'hospitalisation

La facturation dans ce cas, se fera sur la base d'un prix moyen de la journée par type d'établissement et par groupe de spécialités homogènes (médicales, chirurgicales, psychiatriques, spécialités lourdes et couteuses et maternités).

Par ailleurs, une évaluation périodique permettra non seulement de mieux connaître et de normaliser à travers l'ensemble des établissements publics de santé la durée moyenne du séjour, mais aussi d'apprécier la performance des établissements en vue d'une meilleure efficacité.

b- Le forfait par pathologie

Cette démarche nécessite l'élaboration d'un consensus thérapeutique par pathologie. En fait, ce mode de financement a pour base le calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques arrêtés par les groupes d'experts, serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

En raison de l'insuffisance des données relatives à la croissance des activités et des coûts par pathologie, le groupe interministériel estime que les deux modes de financement et de paiement ne s'excluent pas. Dans l'immédiat, c'est le prix moyen de la journée d'hospitalisation qui sera mise en œuvre, tout en préparant les éléments nécessaires pour la recherche du forfait par pathologie.

5-2-Etapes de mise en œuvre

Les étapes à entreprendre pour la mise en œuvre de ce processus s'articuleront autour des axes suivants³⁸ :

- Processus d'identification des assurés sociaux et des ayants droit, à leur admission dans les établissements hospitaliers,
- Modalités et procédures de délivrance de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale ;
- Elaboration de la méthode de calcul du prix moyen de journée d'hospitalisation par groupes de spécialités et par type d'établissement ;
- Détermination de la durée de séjour normative pour cinq groupes de spécialités ;
- Fixation des prix de journée d'hospitalisation pour les cinq groupes de spécialités.

Parallèlement à cette première démarche et en vue de concrétiser l'approche par pathologie, il sera procédé à la mise des groupes d'experts, la fixation d'un calendrier de travaux, le suivi et l'évaluation périodique des travaux, validation des résultats et mise en œuvre du système contractuel sur la base du forfait par pathologie, suivi et évaluation périodique.

5-3-Difficultés de mise en œuvre

Les efforts visant à mettre en place la contractualisation se heurtent à de nombreux obstacles. Faute de fichiers constitués et/ou à jour, il n'est pas possible d'identifier de façon précise les démunis et les assurés sociaux. A supposer que cette étape soit franchie, il faudrait ensuite fournir des cartes différentes à chacune des personnes appartenant à ces deux groupes, pouvoir suivre les coûts liés à chaque patient dans les établissements publics de soins et

³⁸ Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière : mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas. décembre 2003.

définir une méthode de tarification pour facturer les coûts aux différents financeurs. Sur ce dernier point, le ministère de la santé et le ministère du travail et de la sécurité sociale sont encore dans une phase de discussion. Le ministère de la santé défend une méthode reposant sur l'utilisation de "coûts moyens de journée", tandis que le ministère du travail et de la sécurité sociale prône la mise en place d'une tarification à la pathologie. En fait, le ministère de la santé cherche à éviter une méthode trop complexe que les hôpitaux ne pourraient pas appliquer faute de moyens techniques (systèmes d'information) et humains suffisants. Le ministère du travail et de la sécurité sociale quant à lui, souhaite retenir une méthode qui lui évite de devoir supporter le coût lié à l'inefficacité de certains établissements de santé. Il préférerait donc aller vers la définition de « normes » comme base de facturation. Quelle que soit la méthode finalement retenue, la mise en œuvre de la contractualisation constituera une grande avancée dans la gestion d'un système de santé algérien où les coûts unitaires ne sont généralement pas évalués³⁹.

5-4-Orientations

- Pour le bon déroulement du système, il est nécessaire d'y avoir une coopération et une collaboration entre les travaux des deux organismes ; le ministère de la Santé et le ministère du Travail et de la Sécurité sociale.
- L'implication d'autres acteurs ; la DAS (direction de l'action sociale de chaque wilaya) ; dont rôle est d'identifier les démunis selon des critères arrêté par le Ministère de la solidarité nationale. Ces derniers seront dotés des cartes des démunis qui leur facilite l'accès aux soins.
- Selon les expériences étrangères qui sont une source de réflexion, le secteur hospitalier est financé selon l'activité justifiée à l'hôpital (France, Belgique).

Section 6 :Perspectives de réforme

D'après l'expérience de quelques pays étrangers, comme source de réflexion, l'assurance maladie doit utiliser à la fois les mesures de rationalisation de dépenses et intégrer de nouvelles sources de financement. Comme il est nécessaire d'encourager la prévention et éviter les inefficacités et les couts élevés. Dans ce cadre nous proposerons ces perspectives :

- Développement de la contractualisation avec les établissements publics de santé,

³⁹ Document de la banque mondiale : op.cit.

- Consolidation de la politique national de remboursement du médicament et poursuite de la mise en œuvre des mesures de rationalisation des dépenses de santé,
- Poursuite de l'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans la gestion des organismes de sécurité sociale,
- Poursuite de développement de nouvelles sources de financement de la sécurité sociale autres que les cotisations,
- La fiscalisation du financement de l'assurance maladie, en faisant recours à l'impôt.
- Développement des études actuarielles
- Développement du système complémentaire de couverture sociale (mutualité).
- Privilégier la prévention en incitant les patients à faire recours aux soins préventifs, en accordant un bonus ou bien réduire le ticket modérateur aux assurés acceptant de soumettre à certains types de contrôles.
- Assurer la gratuité du dépistage de certaine maladie (cancer du sein, maladie chronique), car la détection précoce de ces maladies pourra empêcher voir retarder leurs complication.

CONCLUSION

Le système d'assurance maladie a opté pour un ambitieux programme de rationalisation des dépenses de santé. En fait, selon les expériences étrangères ; le recours à des outils de maîtrise médicalisé et le développement du générique ont donné leurs fruit. Par ailleurs, la mise en place d'un parcours de soins coordonnés implique le passage par un médecin traitant. Ce dernier devient le pivot d'une politique de prévention .Aussi, la mise en place de la carte CHIFA permettra d'améliorer l'information des médecins sur les soins reçus par leurs patients, ce qui permettra non seulement d'éviter de prescrire des actes inutiles mais aussi de mieux cibler les traitements et éviter les interactions médicamenteuses.

Selon la déclaration de Djawed Bourkaib, directeur de la sécurité sociale au ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale en février 2011 : pour l'année 2010 « les caisses d'assurances maladies sont équilibrés grâce à toutes les mesures de réformes ».

Mais ces équilibres risquent d'être remis en cause avec les nouvelles dispositions issues de la généralisation du système du tiers payant et la révision de la nomenclature des actes médicaux et l'actualisation des tarifs de remboursement. Pour cela il est nécessaire d'agir sur les ressources tout en identifiant de nouvelles sources de financement.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Tout au long de ce travail, nous avons tenté d'analyser la situation financière de l'assurance maladie en Algérie, notamment les perspectives de réformes tout en se référant à quelques expériences étrangères.

Au terme de cette étude, il serait nécessaire de rappeler les principaux résultats auxquels nous sommes parvenus.

- L'accroissement des dépenses d'assurance maladie est stimulé par plusieurs facteurs et particulièrement par les effets de la transition sanitaire, causant la prédominance des maladies non transmissibles appelées maladies lourdes. Et d'un autre côté, par la transition démographique marquée par l'évolution de la population et le changement de sa structure. En fait, on assiste à un rétrécissement de la base de la pyramide des âges et une tendance à l'élargissement de son sommet ; qui est signe d'un vieillissement à venir de la population. Ce dernier pèsera lourdement sur la branche d'assurance maladie par les différentes prises en charge.
- Les sources de financement de l'assurance maladie proviennent uniquement des cotisations des travailleurs salariées. Ces dernières sont relativement pérennes par rapport aux assurés inactifs dont le nombre est de plus en plus important. Aussi, le travail au noir et les non déclarations encouragées par le développement du secteur informel fait perdre à l'assurance maladie des sommes importantes.
- Le remboursement des médicaments occupe le premier poste dans les dépenses d'assurance maladie de la CNAS avec 81% en 2006. Cela a conduit, l'Etat à revoir sa politique du médicament toute en prenant un certain nombre de mesure à savoir la promotion du générique.
- La consommation du générique reste faible comparativement au niveau total de la consommation de médicament et par rapport au taux de consommation de princeps. Dans le cadre d'encouragement de la consommation des génériques plusieurs mesures incitatives ont été mises en place citant le tarif de référence et le droit de substitution. En effet, selon les expériences étrangères, la manière la plus intuitive à pousser le malade à demander un générique est de lui faire payer la différence de coûts s'il exige un princeps.

- Dans le cadre d'amélioration de la qualité des prestations servies et la réduction des inégalités entre les couches sociales, la CNAS a mis en place le système de tiers payant médicament et soins avec le dispositif du conventionnement avec le médecin traitant.
- Les dépenses du tiers payant ont connu une progression importante soit 87% au bout de 5 ans ; suite à l'importance des maladies chroniques prises en charge par la CNAS. Cette opération est généralisée avec les officines pharmaceutiques pour tous les assurés avec la généralisation de la carte CHIFA depuis aout 2011 ; signe d'accroissement des dépenses d'assurance maladie.
- Pour faire face au problème de fonctionnement du système de tier payant à signaler les contraintes financières induites par la délivrance gratuite des médicaments et les retards dans les paiements par la sécurité sociale et la disparition des dossiers, la CNAS a mis en place le système de la carte CHIFA.
- Parmi les objectifs assignés au conventionnement du médecin traitant on cite une meilleure organisation du recours au système d'offres de soins, une amélioration du suivi médical ainsi que le développement d'un partenariat médecins et sécurité sociale pour la promotion de la qualité des soins et de la prévention de la rationalisation des dépenses de santé.
- L'actualisation de la nomenclature générale des actes professionnels en cours pourrait conduire à une hausse des dépenses d'assurance maladie. En fait, des meilleures conditions de remboursement vont augmenter le nombre d'actes dispensés dans le secteur privé.
- Les nouvelles dispositions issues de la généralisation du système de tiers payant et la révision de la nomenclature des tarifs de remboursement peuvent remettre en cause l'équilibre des caisses d'assurance maladie.
- la contractualisation en Algérie a mis en relation uniquement deux acteurs du système de santé à savoir : les prestataires de santé représentés par le ministère de la santé et les bailleurs de fonds chapotés par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNAS). L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations servies aux assurés sociaux. Par ailleurs, elle vise à une meilleure maîtrise des dépenses de santé de la CNAS et de chercher l'efficacité allocative des ressources.

- Le processus de la contractualisation reste inopérant malgré son ancienneté, cela peut être expliqué par plusieurs obstacles citant la lenteur dans l'application des différentes étapes tel que la non identification des statuts des patients, la mésentente entre les deux acteurs impliqués dans cette relation contractuelle.

Pour une application optimale de ces réformes, nous suggérons quelques recommandations :

- La responsabilisation de chacun des acteurs à savoir : les hôpitaux et les professionnels de santé, par leur mise en concurrence et le respect d'un ensemble de règles thérapeutiques, des patients, par leur participation directe aux frais de santé et l'obligation de passer par un médecin traitant pour être remboursé des prestations spécialisées.
- Confier des organismes indépendants pour renforcer le contrôle et l'évaluation, et supprimer les dépenses non justifiées, d'accroître l'efficacité et la qualité des services, et d'améliorer la prévention.
- Renforcer la lutte contre les fraudes et les abus, notamment les arrêts maladie par des mécanismes de contrôle et de sanctions dissuasifs.
- La coopération et la collaboration entre les travaux du ministère de la santé et celui de la sécurité sociale.
- Mettre en place un système permettant de lutter contre l'évasion sociale et fiscale et les fausses déclarations. En fait, il est nécessaire de mieux récupérer l'impôt chez les travailleurs indépendants en réduisant l'utilisation du cache à terme et l'obligation d'utilisation des reçus dans toute transaction et l'introduction de rapport de revenu et impôt payer à toute personne physique adulte en Algérie.
- Introduction de nouvelles ressources au système d'assurance maladie à savoir :
 - Chercher de nouveau mode de financement pesant moins sur l'activité économique, tel que les revenus et rentes hors production (revenus hors capital, rentes foncières, produit des jeux..).
 - Reverser une partie des droits sur les tabacs et alcool, du fait des coûts de prise en charge des maladies causées par leur consommation. Dans le même ordre d'idée, l'affectation d'une partie de la taxe appliquée sur les boissons gazeuses.
 - Faire bénéficier l'assurance maladie d'une ristourne sur les produits des taxes qui frappent les médicaments.

- Introduire une partie des taxes sur les publicités pharmaceutiques.
- Introduire une taxe sur les appels téléphoniques passés lors de jeux télévisés ou radiodiffusés au profit de l'assurance maladie.
- L'affectation d'une parties des produits des assurances automobiles à la sécurité sociale ayant à l'esprit le nombre et le volume des dépenses qu'elle consent tant au titre des soins nécessaires aux accidents qu'au titre de remplacement qu'elle leur offre.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Ouvrages :

Brahamia.B : Economie de la santé : Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'Est-Maghreb. Ed :BAHAEDDINE .2010.

Fattorusso Vittorio. : Dictionnaire des médicaments, Edition : MASSON, Italie, 2001.

Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale : à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux, éd. OPU, Alger, 1996.

Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique, édition : OPU, Alger, 2004.

Majnoni d'Intignano, Béatrice. : Economie de la santé, édition : PUF, Paris, 2001.

Nihoul. P, Simon. AC: L'Europe et les soins de santé : Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence, éd. Larcier, Bruxelles, 2005.

Oufriha.F.Z : De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD, 2006.

Paris.V, Polton.D, Sandier. S: Système de sante en transition , France, 2004.

Perrot Jean., Roodenberke Eric. : La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, édition : Karthala, paris, 2005.

Phelps C. : Les fondements de l'économie de la santé, édition : Publi Union, Paris, 1995.

Raynier.MH: Protection Sociale, Edition : DUNOD. Paris, 2005.

Zambrowski. J.J : Théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage du pharmacien d'officine . Masson, Paris, 2001.

2) Articles et communications :

Acheuk-Youcef Chawki. : Les réformes de la sécurité sociale, Le tarif de référence : Aspects opérationnels, Octobre 2008. In : <http://www.snapo.org/>

Achour.N, Benbrahamia. N.F,Grangaud. G.P: Algérie, Maroc, Tunisie, monographies nationales. avril 2012.

A. Grand et S.Kopel : De la charité à la solidarité : principes d'organisation et histoire de la protection sociale. In : www.medecine.ups-tlse.fr

Argaut.O : Les génériques, une fausse réponse à l'accroissement des dépenses de santé, 2003. In : www.annales.org

Belambri.M : Rôle du pharmacien d'officine dans le système du tiers payant et dans les dépenses de la sécurité sociale.2004.In : www.snapo.dz

Benbahmed.L: Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, Marrakech, Mars 2009.In : http://pharmacies.ma/pharmacie/oe_benbahmed.pdf

Bougrine P. : L'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes des soins de santé : L'expérience de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, conférence régionale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale pour l'Afrique, 9-12 août 2005, in : <http://www.issa.int>.

Brahamia. B : Le système de santé algérien dans la transition, septembre 2008.

Brahamia.B : Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie.2007. In <http://www.coopami.org/fr>

Cacheux.J, Cazes.S : La protection sociale en fédération de Russie. 1995.In : www.persee.fr

Cornilleau .G : Financement de l'assurance maladie et système de remboursement des soins.2009. In : www.cairn.info

Cornilleau .G: La santé, entre difficultés financières et risques de dégradation qualitative. In: www.ofce.sciences-po.fr

Crepuy. M. N, Henrard.J-CI: Les comparaisons internationales des systèmes de santé. In : www.mspsb.com.

Derraji Abderrahim. : Droit de substitution: opportunité ou contrainte,

Communication présentée à la 4ème journée pharmaceutique de TAZA, 23 Mai 2009.

Djennane. R : Le tarif de référence : un choix thérapeutique ou une contrainte économique ?
février 2008. In : [www.ordredesmedecinsdeghardaia -dz](http://www.ordredesmedecinsdeghardaia-dz).

D'hoore.W : Le système de santé Belge : du mouvement mutualiste aux institutions de la
sécurité sociale dans un Etat pluraliste. In : revue transdisciplinaire en santé
n°1,2004.

D'hoore.W : Le système de santé Belge : du mouvement mutualiste aux institutions de la
sécurité sociale dans un Etat pluraliste de la sécurité sociale.2004.

Filali. A : Le recouvrement des cotisations de sécurité sociale en Afrique francophone,
rapport de l'Algérie. novembre 2006. In : www.issa.int

Hassenteufel.P : Assurances Maladies et Réformes : « les réformes de l'assurance maladie en
Allemagne » ,2004.In www.cairn.info.

Hassenteufel. P : Les réorientations politiques de l'assurance maladie. Novembre 2004.
In : www.politiquessociales.net

Kaddar M. : Les réformes des systèmes de santé dans les pays du Maghreb : contexte,
succès et défis actuels », communication présentée au 1er colloque international
sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement, Béjaïa
13-15 novembre 2006.

Kergall.T : Système de santé et décentralisation dans les pays en transition : le cas de la
fédération de Russie. Mars 2004.

krzeslo E, Troyer M : Belgique, Assurance maladie, soins de santé et sécurité sociale : trois
éléments indissociables. 2004. In : www.politiquessociales.net

Lewis G. : Le développement des médicaments génériques en Europe, constat actuel,
Communications au séminaire de l'institut d'études des politiques de santé sur le
thème « Quelle place pour les médicaments génériques en France », éd.
MédecineSciences Flammarion, Paris 1996.

Lamri. L. : Monographie de l'assurance maladie, Alger, septembre 2001.

Marchand.M, Pestiau.P : L'Etat ou le marché dans l'assurance maladie. Revue française d'économie, volume 11, numéro 1, 1996. In : www.persse.fr

Mathivet.B : Crise et réforme du système de santé en Russie. Colloque international Etat et régulation sociale. Paris, 2006.

Medqual: Etat des lieux de la place des génériques en France, novembre 2008.
In : www.medqual.fr

Peaucelle. I : Economie et Santé : Où en est la Russie. Mai 2001. In : www.cepremap.ens.fr

Rochet. JC : Les atouts et limites des systèmes publics d'assurances maladie. Revue française d'économie, volume 9, 2^{ème} trimestre, Paris, 1996.

Rupprecht.F ; Tissot.B, Chatel.F : le système de santé allemand : vers une plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs.
1998. In : www.persse.fr

Sarlat.G : Assurance maladie et réformes : dépenses et recettes de l'assurance maladie, mythes et réalités.2004. In : www.cairn.info.

Zehnati A. : Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie sur la période 2001-2006. Revue « les cahiers du CREAD » : Transition et système de santé en Algérie, 1^{er} trimestre, Alger, 2009.

3) Revues :

Revue Alternatives Economiques, n°21,2005.

Revue « les Cahiers du CREAD » : Transition et système de santé en Algérie, 1^{er} trimestre,

Alger, 2009.

Revue Chronique Internationale de l'IRES, n°91.novembre 2004.

Revue la Découverte, n°5, 2009.

Revue Economie et Statistiques, volume 318, numéro 1, année 1998.

Revue Française d'Economie, volume 9, 2^{ème} trimestre, Paris, 1996.

Revue Française d'Economie, volume 11, numéro 1, 1996.

Revue Problèmes Economiques n° 2734, octobre 2001.

Revue Transdisciplinaire en Santé, vol. 10, n° 1, 2004.

Revue Les Tribunes de la Santé, Vol 3, n°4,2004.

Revue de l'OFCE. n°49, 1994.

4) Thèses et mémoires :

Baaklini J. : Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés (MNU) en France et à l'étranger, Thèse de doctorat en Pharmacie, université Paris sud XI,

Benyazzar .N : Génériques, conditionnements trimestriels et ventes directes : trois aspects de l'impact des mesures de maîtrise des dépenses de santé sur l'économie des officines en France. Thèse de doctorat en Pharmacie, 2006.

Brahamia. B. : La dynamique du système de santé algérien, Bilan et perspectives, Thèse de doctorat, Université de Montpellier I, 1991.

Mahfoud N. : Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie, mémoire de magister Sciences économiques en économie de la santé et développement durable, Université de Bejaia, 2009.

Ould Boye.K.A : Les assurances maladie de la sécurité sociale en Algérie. Mémoire de DESS en économie de la santé. Centre Africain d'étude supérieure en gestion, 2003.

Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia, Thèse de Doctorat d'Etat ES Sciences Economiques. Université d'Alger, 2003.

Kassa.F : Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie. mémoire de magister Sciences économiques en économie de la santé et développement durable, Université de Béjaia, 2009.

Zio S. : Les accords du commerce international et l'accessibilité aux médicaments dans les pays en développement, Thèse de doctorat en Pharmacie. Université Claude Bernard, Lyon I, 2005.

5) Rapports et documents :

Banque mondiale : amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. 15 aout 2007.

Commission des comptes de la sécurité sociale : La situation financière de l'assurance maladie Allemande et Britannique après les réformes. Septembre 2006.

CNAS : L'assurance maladie de la sécurité sociale, l'expérience de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, CNAS, 2005.

CNAS : L'assurance maladie de la sécurité sociale, mise en place des régimes de soins de Santé, 2005.

CNAS : Bilan 2006, programme d'action 2007, CNAS, Alger 2006.

CASNOS : Faire connaissance avec la CASNOS, 2006.

CLEISS : La protection sociale locale en Allemagne, In : www.cleiss.fr.

Conseil National Economique et Social (CNES) : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités d'assurer leur équilibre financier, Annexe n°1 : Le système de sécurité sociale, Juillet 2001. In : www.cnes.dz

CNES : Note de conjoncture, CNES, Alger, juillet, 2006.

CNES : Projet de rapport sur la conjoncture économique et sociale, CNES, 2002.

HAS (Haute Autorité de Santé) : La participation des patients aux dépenses de santé. Septembre 2007.

Haut Conseil de l'Assurance Maladie : République française, juillet 2007.

In: www.securite-sociale.fr.

Institut National du Travail (INT) : Droit de la sécurité sociale, édition INT, Alger 2001.

GIPSPSI : Algérie chiffres clés. 2006. In : www.gipspsi.org.

GIP SPSI : Allemagne chiffres clés.2006. In : www.gipspsi.fr.

GIPSPSI : Belgique chiffres clés.2006. In www.gipspsi.org

GIPSPSI : Russie chiffre clés.2006. In : www.gipspsi.org

Groupement d'Intérêt Public Santé et Protection Sociale Internationale(GIPSPSI) : France chiffres clés. In : www.gipspsi.org

Ministère des finances : Loi de finances 2007. In www.finances-algeria.org

Ministère des finances : Le comportement des principaux indicateurs macro-économiques et financier. In www.mf.gov.dz

MSPRH: Développement du système national de santé, stratégies et perspectives, 2001.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière : Mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas. décembre 2003.

MSPRH: Programme national d'éradication de la poliomyélite. In : www.ands.dz

MSPRH: Suivi de la situation des enfants et des femmes, Alger, juillet 2007.

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité : Les chiffres clés de la sécurité sociale, Paris, Edit. 2008.

RESSMA: Système national de santé Algérie. Rabat Juin 2007.

RESSMA : La couverture du risque maladie ; Etat des lieux et perspectives (cas de l'Algérie, Maroc et Tunisie). Hammamet, novembre 2001.

OCDE : Comment la Belgique se positionne .Eco-santé OCDE 2009. In: www.ocde.org

OCDE : Pérenniser le financement de l'assurance maladie. 2008.

OCDE : Réformer le système de santé (Études économiques de l'OCDE) 2006.

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

Organisation International du Travail(OIT) : La protection sociale de la santé, stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé. août 2007. In: www.ilo.org

Rapport d'information n°439, Sénat, juin 2006. In : www.senat.fr

Service publique fédéral sécurité sociale : Tous ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale. 2006. In : www.socialsecurity.fgov.be

WHO : Panorama de la santé en Belgique .2004. In : www.euro.who.int

6) Règlements :

Lois :

- Loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
- Loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifier et complétée, relative à la promotion et à la protection de la santé.

Arrêté et instruction :

-Arrêté interministériel du 04 juillet 1987, fixant la valeur monétaire des lettres clés relatives aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux.

Décrets

- Décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997 fixant la convention type à laquelle doivent se conformer les conventions conclues entre les caisses de sécurité sociale et les officines pharmaceutiques.
- Décret exécutif n° 09-116 correspondant au 7 avril 2009 fixant les conventions types conclues entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens médicaux.
- Décret n° 84-27 du 11 février 1984, modifié et complété, fixant les modalités d'application du titre II de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
- Décret exécutif n° 05-257 correspondant au 20 juin 2005, portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux.

7) Sites web:

<http://www.algerie360.com>

<http://www.caducee.net>.

<http://www.cairn.info>

<http://www.chir-dent.org>

<http://www.cleiss.fr>

<http://www.coopami.org>

<http://www.gipspsi.fr>

<http://www.ilo.org>

<http://www.irdes.fr>

<http://www.mf.ov.dz>

<http://www.mspb.com>

<http://www.ocde.org>

<http://www.ofce.sciences-po.fr>

<http://www.ons.dz>

<http://www.pug.fr>

<http://www.sante.dz>

<http://www.santemaghreb.com>

<http://www.senat.fr>

<http://www.statistiques-mondiales.com>

<http://www.who.int>

TABLE DES MATIERES