

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION

Département des Sciences Economiques

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme

De Magistère en Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

Essai d'analyse du rôle de l'Assurance Maladie dans le financement
des soins de santé en Algérie

Sous la Direction de:

Pr. KAÏD TLILANE Nouara

Présenté par :

MEKBEL Hamza

Composition du jury de soutenance :

Président : Pr. BELKACEM NACER Azzedine, Université d'Alger.

Examineurs : Pr. AÏNOUCHE Mohand Cherif, Université de Béjaïa.

Dr. ZAABAR Salim, MCA (HDR), Université de Béjaïa.

Rapporteur : Pr. KAÏD TLILANE Nouara, Université de Béjaïa.

DEDICACES

A mes chers parents,
A ma grand-mère,
A mes sœurs et frères,
A ma grande famille,
A mes ami(e)s.

MEKBEL Hamza.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance et ma profonde gratitude à ma directrice de mémoire, Madame le Professeur KAÏD TLILANE Nouara, pour avoir guidé et suivi ce travail de près, pour son attention, les conseils et les critiques qu'elle m'a prodigués.

Je remercie tous les enseignants de la post-graduation d'Economie de la Santé et Développement Durable : le professeur KAÏD TLILANE Nouara, le professeur AÏNOUCHE Mohand Cherif, le professeur AÏT SAIDI Ahmed, le professeur FELLAH Lazehar, le professeur LAMRI Larbi, et le professeur BRAHMIA Brahim, M^{me} BAA Saliha et Dr. SENHADJI Nacira.

Mes remerciements vont également aux membres du jury qui ont accepté de lire et d'évaluer mon travail.

Enfin, je remercie toute personne ayant contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

MEKBEL Hamza.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ALD** : Affection de Longue Durée
- ALN** : Armée de Libération Nationale
- AMG** : Assistance Médicale Gratuite
- AMO** : Assurance Maladie Obligatoire
- AMS** : Assistance Médicale Sociale
- BIT** : Bureau International du Travail
- CA** : Conseil Administratif
- CACOBAT** : Caisse nationale des congés payés et du Chômage intempéries de secteur du
Bâtiment des Travaux publics et de l'hydraulique
- C.A.I.MED**: Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region
Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne
- CASNOS** : Caisse Nationale d'Assurances Sociales pour les Non Salariés
- CASORAL** : Caisse Régionale de Sécurité Sociale pour la région d'Alger (Centre)
- CASORAN** : Caisse Régionale de Sécurité Sociale pour la région d'Oran (Ouest)
- CASOREC**: Caisse Régionale de Sécurité Sociale pour la région de Constantine (Est)
- CAVNOS** : Caisse d'Assurance Vieillesse des Non Salariés
- CNR** : Caisse National des Retraites
- CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire
- CMS** : Centres Médico-Sociaux
- CNAS** : Caisse Nationale des Assurances Sociales
- CNES** : Conseil National Economique et Social
- CNRC** : Caisse Nationale de Registre de Commerce
- CNSS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- CREAD** : Conseil de la Recherche Economique Appliquée pour le Développement
- CSSM** : Caisse de Sécurité Sociale des Mineurs
- CSSF** : Caisse de Sécurité Sociale des Fonctionnaires
- DA** : Dinar Algérien
- DCI** : Dénomination Commune Internationale
- DNS** : Dépenses Nationales de Santé
- DSPRH** : Direction de la Santé, de la Population et la Réforme Hospitalière
- EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé

EGA : Electricité et Gaz d'Algérie

ENA : Etoile Nord Africaine

EPA : Etablissement Public Administratif

EPCA : Entreprises Publiques à Caractère Administratif

EPH : Etablissement Public Hospitalier

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité

FMI : Fonds Monétaire International

IPC : Indice des Prix à la Consommation

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

MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale

NHS: National Health System (Service National de Santé)

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Office National des Statistiques

ONU : Organisation des Nations Unies

PAS : Plan d'Ajustement Structurel

PEV : Plan Elargi de Vaccination

PIB : Produit Intérieur Brut

PPA : Parti du Peuple Algérien

SNMG : Salaire National Minimum Garanti

SS : Secteur Sanitaire

TMI : Taux de Mortalité Infantile

TSE : Transfert pour Soins à l'Etranger

TR : Tarif de Référence

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

SOMMAIRE

	PAGES
DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
SOMMAIRE	V
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : APPROCHES HISTORIQUE, THEORIQUE ET ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE.	
Introduction	6
I. INCERTITUDE ET RISQUE EN ASSURANCE SANTE	7
II. L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)	30
III. ASPECT ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE ET SES LIMITES	43
Conclusion	59
CHAPITRE II : ORGANISATION, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DES ORGANISMES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE.	
Introduction	60
I. EVOLUTION HISTORIQUE DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE ET SES RAPPORTS AVEC LE SYSTEME DE SOINS	60
II. EDIFICATION DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE ET SON ORGANISATION ADMINISTRATIVE	73
III. LES LIMITES REGLEMENTAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE	99
Conclusion	107

CHAPITRE III : FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET SA CONTRIBUTION DANS LE FINANCEMENT DES SOINS EN ALGERIE.

Introduction	108
I. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS ET FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE	108
II. ANALYSE DES DEPENSES ET DES RECETTES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE	131
III. LES MESURES PRISES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES ET LE MAINTIEN DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE	167
Conclusion	175
CONCLUSION GENERALE	176
ANNEXES	180
LISTE DES TABLEAUX ET SHEMAS	184
BIBLIOGRAPHIE	185
TABLE DES MATIERES	196

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GENERALE

La santé est consacrée comme un droit universel dans la charte des droits de l'homme depuis 1948 et constitue un élément essentiel dans la vie quotidienne sociale, économique et politique de l'individu. Un bon état de santé de la population d'un pays peut être à la fois une ressource majeure pour le développement social et économique et un potentiel important pour assurer sa pérennité. Pour cela, les pays du monde entier essayent de mettre en œuvre des systèmes de santé adéquats et d'opter pour des politiques sanitaires pertinentes afin de sauvegarder et d'améliorer l'état de santé de leurs populations.

La protection de la santé suppose, outre l'existence d'un système de soins de qualité, d'en garantir l'accès à toutes les couches de la population grâce à la socialisation des dépenses de santé, c'est-à-dire leur prise en charge par la collectivité et la mise en place d'un système de sécurité sociale assurant la sécurité économique et le bien être social de l'individu et de sa famille. Répondant ainsi, aux exigences de La déclaration universelle des droits de l'Homme, qui stipule dans ses articles 25 et 26 que : « Toute personne a droit à un niveau suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage et de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistances pour suite de circonstances indépendante de sa volonté ».

En tant que l'une des composantes la plus importante de la sécurité sociale, qui incombe à l'Etat : garant de la cohésion, le système d'assurance maladie est le vecteur principal de la politique de protection sociale du fait de l'ampleur des prestations qu'il fournit, des ressources qu'il mobilise et de sa quasi-généralisation à toutes les catégories professionnelles.

Néanmoins, Les systèmes de sécurité sociale en général et ceux de l'assurance maladie en particulier, de l'ensemble des pays du monde, sont menacés d'effondrement et de remise en cause de leur existence à cause de leur confrontation aux problèmes d'ordre financier notamment durant les périodes difficiles. En fait, les problèmes de financement de ces systèmes sont causés en raison des charges supplémentaires qui leurs sont greffées et qui rentrent logiquement dans le cadre de la solidarité nationale et dans la politique d'ensemble d'Etat. Ajoutant à cela, le phénomène des dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter et

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

l'inadéquation des mécanismes de financement des soins qui sont sensés garantir les droits fondamentaux d'équité, de solidarité et d'accessibilité à chaque membre de la société.

En Algérie, le système de sécurité sociale, contenant le système d'assurance maladie, est né du système français. Il fut introduit en Algérie, pendant la période coloniale, en 1949 par la décision 49-045 du 11 avril 1949 de l'Assemblée Algérienne et entra en vigueur le 1 avril 1950. Plus de dix régimes de protection sociale des travailleurs avaient prévalu à cette époque et chaque régime n'assurait pas forcément les mêmes prestations que les autres et jouissait de statut et de mode de financement propres à lui.

En fonctionnant à l'identique du système français avant l'indépendance, le système algérien tendait à se différencier progressivement vers la généralisation, la simplification de l'organisation et de la gestion, l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages après l'indépendance. Ainsi, le décret n°70-116 du premier août 1970 avait réorganisé le système en créant une caisse d'assurance nationale et trois autres régionales offrant plus de prestations et touchant à plus de catégories de bénéficiaires, tout en sauvegardant quelques régimes spéciaux (cheminots, fonctionnaires, mineurs, agriculteurs, ...etc).

En 1983, on assistait à une refonte totale du système de sécurité sociale par la promulgation de 5 nouvelles lois dont le but était de développer un système généreux et généralisé à la majorité de la population. Cette réforme basée sur les principes de généralisation du système et d'unification des régimes, des avantages et du financement avait permis d'étendre la couverture sociale à de nouvelles catégories de personnes (non actifs) et ce grâce à la forte solidarité du système, le niveau élevé des prestations et l'allègement d'accès aux droits. Alors, plus de 85% de la population était couverte. A l'issue de cette réforme, les nombreux régimes d'assurance maladie existant avant 1983, ont été unifiés autour d'une seule caisse qui couvrait à la fois les salariés et les non salariés : la Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents du Travail (CNASAT).

L'année 1992 (décret n°92-07 du 04 janvier 1992) avait connu l'apparition d'une nouvelle organisation donnant naissance à deux caisses d'assurance distinctes que sont : la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) pour les salariés et la Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS) pour les non salariés. Ces deux caisses sont sous la tutelle du ministère du travail et de la sécurité sociale et jouissent d'un statut particulier (EPGS : Etablissement Public à Gestion Spécifique). Ce statut spécifique soumis les caisses au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

avec les tiers. Il faut souligner que la levée des obstacles institutionnels au développement du secteur privé dans toutes les branches économiques et sociales, à partir de 1988, a multiplié le nombre des non salariés. Ce qui a motivé les pouvoirs publics à leur consacrer une caisse d'assurance propre à eux.

Depuis sa mise en place, le système de sécurité sociale algérien a constitué un instrument principal de la politique sociale de l'Etat et sa situation financière permettait des prélèvements qui ont été utilisés en complément du budget social de l'Etat notamment ceux relatifs aux financements du secteur de la santé. Cependant, au début des années quatre vingt dix, le passage d'une économie dirigée à une économie de marché a mis le système de sécurité sociale algérien dans des difficultés financières et son financement est lié a deux aspects d'une importance capitale à savoir : D'une part, l'augmentation des besoins de la sécurité sociale et l'accroissement des dépenses de ses différents organismes, d'autre part, une évolution lente et moins importante de ses recettes à cause notamment du rétrécissement de l'emploi et de l'élargissement de la sphère informelle . Durant cette période, la part de la sécurité sociale dans le financement de la santé augmentait de plus en plus et celle de l'Etat a diminué.

La reprise d'une croissance économique acceptable à partir de l'année 2000, grâce aux différents programmes de relance économique appliqués en Algérie en injectant des sommes colossales dans le système économique, a permis aux caisses du système d'assurance maladie de se débarrasser peu à peu de leurs déficits et de s'approcher de plus en plus de leurs équilibres financiers. Cependant, la persistance des dépenses effrénées du système d'assurance maladie l'a mis dans des difficultés majeures pour pouvoir concilier entre la réalisation des équilibres financiers de ses caisses d'une part, l'équité d'accès aux soins et l'amélioration de la santé de la population de l'autre. Ces difficultés sont causées essentiellement par les transitions économique, démographique et épidémiologique que connaît le pays ainsi que l'insuffisance des cotisations due à la précarité de l'emploi et l'élargissement de la sphère informelle en l'absence d'une croissance forte et durable.

Dans ce contexte, l'objectif de notre recherche est de montrer comment a évolué l'assurance maladie en Algérie et quel est son rôle dans le financement des soins de santé. Ce qui nous amène à poser les questions suivantes :

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

- Quels sont les organismes du système d'assurance maladie, leurs organisations et leurs fonctionnements ?
- Quelles sont les ressources et les dépenses de l'assurance maladie?
- Quelle est la part de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé?
- Enfin, quelles sont les perspectives du système d'assurance maladie dans la maîtrise des dépenses de santé ?

Nous tenterons de répondre à ces questions en basant notre réflexion sur les hypothèses suivantes :

- La réduction des recettes des caisses de l'assurance maladie est causée par une réduction des cotisations sociales due à la "précarité" de l'emploi et l'élargissement de la sphère informelle.
- Le remboursement des médicaments représente la part la plus importante dans les dépenses de l'assurance maladie.
- Une généralisation du conventionnement et de la contractualisation entre la sécurité sociale et les structures de soins peut jouer un rôle important dans la maîtrise de dépenses de soins et peut garantir une égalité d'accès aux soins de qualité.

Dans l'élaboration de ce travail, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : D'abord une recherche bibliographique et documentaire touchant aux différents aspects de l'assurance maladie et au financement des soins. Pour cela, plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées, à savoir : l'Université de Béjaïa, l'Université d'Alger, l'Université de Constantine, l'Institut National de Santé Publique (INSP), le Conseil National Economique et Social (CNES), l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP).

De plus, nous avons réalisé une recherche documentaire et une collecte de données relatives à notre thème auprès des différents organismes concernés comme : le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS), la Direction Générale de la CNAS, la Direction Générale de la CASNOS. En outre, plusieurs entretiens avec les différents responsables de ces établissements ont été réalisés.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

Le premier chapitre est consacré à l'étude du cadre théorique et l'historique de l'assurance maladie. Nous avons essayé de présenter une réflexion théorique, économique et sociale de l'assurance appliquée au domaine de la santé. Dans un premier temps, nous avons tenté de mettre en lumière les derniers résultats du développement théorique de l'assurance sur l'offre et la demande d'assurance et le fait que la détermination du risque n'est pas totalement exogène. Nous avons explicité aussi, la place de l'incertitude dans la détermination de l'état de santé d'un individu et rappelé comment l'analyse économique explique le recours aux soins. Ensuite, nous avons éclairci la conception de l'assurance maladie, ses principaux fondements ; mais aussi son évolution, et ce, à travers un rappel historique de l'évolution de la sécurité sociale. Enfin, nous avons tenté, à la fois, de présenter une analyse sur les différentes conceptions de l'assurance maladie à la lumière des théories économiques et de mieux comprendre son apport en matière d'utilité au niveau individuel et collectif à travers son étude micro-économique. De plus, nous avons mis en évidence les différentes difficultés que rencontre l'assurance maladie et ses limites.

Le deuxième chapitre a porté sur l'organisation, les attributions et le fonctionnement des organismes de l'assurance maladie en Algérie. Nous avons tenté d'apprécier l'évolution de l'organisation administrative et fonctionnelle de l'assurance maladie, sa législation et les prestations qu'elle fournit. Après un rappel sur l'évolution historique de la sécurité sociale en Algérie et ses rapports avec le système de soins, nous avons parlé de l'édification de l'assurance maladie en Algérie et son organisation administrative. Enfin, nous avons montré les limites de la réglementation et la législation en matière d'assurance maladie en Algérie.

Le troisième chapitre, quant à lui, a traité du financement de l'assurance maladie et sa contribution dans le financement des soins en Algérie. Nous avons essayé d'analyser l'évolution des dépenses de santé et leur source de financement. Puis, pour montrer les difficultés des caisses d'assurance maladie pour réaliser leur équilibre financier, nous avons tenté d'analyser l'évolution des dépenses et des recettes de ces caisses et d'en déduire les principaux facteurs déterminants. Enfin, nous avons exposé quelques mesures prises dans le but de rationalisation des dépenses d'assurance maladie.

CHAPITRE I :

APPROCHES HISTORIQUE, THÉORIQUE ET ÉCONOMIQUES DE L'ASSURANCE MALADIE

CHAPITRE I : APPROCHES HISTORIQUE, THEORIQUE ET ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE.

INTRODUCTION

L'univers dans lequel les agents économiques évoluent est marqué par une grande incertitude et une partie de cette incertitude, à laquelle les individus sont exposés, est largement indépendante de leurs choix individuels et se traduit par la réalisation des dommages. Ainsi, dès lors qu'il a conscience de l'existence de ce type d'aléa et s'il éprouve de l'aversion pour le risque, l'individu va chercher à se prémunir contre la réalisation de ces sinistres ou, du moins, à en compenser les effets. Pour ce faire, l'individu fait recours aux services de différentes assurances qu'il considère comme une solution appropriée.

Parmi ces assurances, dans le domaine de la santé, l'assurance maladie constitue un instrument efficace pour mobiliser des ressources et réduire le poids financier de la couverture maladie. Elle est conçue de diverses manières avec des méthodes différentes pour l'organisation et la fourniture des soins de santé. De plus, elle est un moyen très efficace de payer des soins de santé et d'en assurer l'accès ; et ce grâce au mécanisme de partage du risque d'encourir des frais médicaux.

Ce chapitre a pour objectif de présenter une réflexion théorique, économique et sociale de l'assurance appliquée au domaine de la santé. Il est divisé en trois sections distinctes : la première met en lumière les derniers résultats du développement théorique de l'assurance sur l'offre et la demande d'assurance et le fait que la détermination du risque n'est pas totalement exogène. Elle explicite aussi, la place de l'incertitude dans la détermination de l'état de santé d'un individu et rappelle comment l'analyse économique explique le recours aux soins. La deuxième section, quant à elle, éclaire la conception de l'assurance maladie, ses principaux fondements ; mais aussi son évolution, et ce, à travers un rappel historique de l'évolution de la sécurité sociale. Enfin, la troisième section présente une analyse sur les différentes conceptions de l'assurance maladie à la lumière des théories économiques et tente de mieux comprendre son apport en matière d'utilité au niveau individuel et collectif à travers son étude micro-économique. De plus, elle met en évidence les différentes difficultés que rencontre l'assurance maladie et ses limites.

I. INCERTITUDE ET RISQUE EN ASSURANCE SANTE

Cette section a pour objectif d'une part, de mettre en lumière les derniers résultats du développement théorique de l'assurance sur l'offre et la demande d'assurance et le fait que la détermination du risque n'est pas totalement exogène ;et d'autre part, d'explicitier la place de l'incertitude dans la détermination de l'état de santé d'un individu et de rappeler comment l'analyse économique explique le recours aux soins.

1. Le service d'assurance

L'assurance, parmi d'autres moyens, permet aux individus de transférer le risque sur une entité extérieure sans avoir à entrer dans de multiples transactions inter-individuelles. Elle est le mécanisme le plus économe en coûts de transactions et correspond à la méthode la plus répandue de couverture des dommages. L'assurance est un service rendu par une entreprise particulière et le fonctionnement de son marché a été l'objet de nombreux développements théoriques. Les principaux résultats de ces développements trouvent un écho particulier dans le cas de la maladie et portent essentiellement sur l'offre et la demande d'assurance et le fait que la détermination du risque n'est pas totalement exogène¹.

1.1. L'offre et la demande d'assurance

L'assurance doit remplir certaines conditions pour qu'elle puisse offrir son service et lorsqu'elle est en mesure de l'offrir, elle doit connaître et préciser les caractéristiques de son éventuelle demande.

1.1.1. Les conditions d'assurabilité d'un risque

Pour que l'entreprise d'assurance puisse rendre ce service, un certain nombre de conditions portant sur les risques considérés doivent être réunies. Pour Eeckoudt (1992), Dans la réalité, le risque individuel peut être pris en charge par une compagnie d'assurance si²:

- les risques sont purs. Ils ne se manifestent que par des pertes (ce ne sont pas des risques spéculatifs) ;
- la perte, si elle advient, doit être mesurable ;

¹ Couffmhal A. et Rochaix L. : Concurrence et anti-sélection en assurance maladie : l'expérience des Pays-Bas, Etudes et Recherches en Economie Publique n° 2, 1998, p.p. 35-65.

²Eeckoudt L. : Théorie du risque, assurance et sécurité sociale, 13^{ème} congrès des économistes de la santé français, FUCAM, 1992.

- un nombre suffisant d'individus sont exposés au même risque ;
- les risques doivent être largement indépendants afin que la loi des grands nombres s'applique.
- l'individu n'a pas d'influence sur le risque. Les contrats d'assurance peuvent cependant être aménagés pour prendre en compte le problème du risque moral ;
- l'assureur doit être en mesure ex ante d'évaluer le risque.

Schmit (1986)³ passe en revue ces conditions théoriques d'assurabilité et leur substitue une condition plus large mais plus réaliste : l'assureur doit simplement pouvoir prédire avec une marge d'erreur minimale les pertes associées à son portefeuille de risque. Si, par exemple, les risques sont corrélés, un assureur capable de mesurer cette corrélation et de se réassurer peut les assumer. Pour qu'un risque assurable au sens où Schmit l'entend soit effectivement assuré, une condition de faisabilité doit en outre être remplie : la prime associée au service d'assurance ne doit pas être trop élevée, sans quoi il n'y aura pas de demande pour ce marché. Dans ce sens, Schmit invite donc à reconsidérer les conditions théoriques d'assurabilité d'un risque et à les confronter au fonctionnement effectif des marchés.

1.1.2. La demande d'assurance

En admettant que l'assureur soit en mesure de rendre le service considéré, on peut s'interroger sur les caractéristiques de la demande qui lui est adressée.

Dans le cas où le dommage est unique, si le prix unitaire p est actuariel ($p = \pi$), l'individu se couvre complètement ($x = a$), quels que soient son niveau d'aversion au risque, la probabilité de réalisation (π) ou la taille du dommage (a) et son revenu (w) (si tant est qu'il lui permet de s'acquitter de la prime d'assurance). En revanche, si le prix n'est pas actuariel, ce qui peut s'expliquer (y compris en concurrence parfaite) par l'existence de coûts de gestion, la demande d'assurance varie en fonction de l'ensemble de ces paramètres.

Considérons que $x = F(p, w, \pi, a)$.

Henriet et Rochet (1991) montrent que la quantité d'assurance demandée⁴ :

- augmente lorsque π et a augmentent, autrement dit lorsque, pour un prix et un niveau de richesse donnés, la taille ou la fréquence du dommage augmentent. Ce dernier

³ Schmit J. T.: "A New View of the Requisites of Insurability". Journal of Risk and Insurance 53 (2), 1986, pp. 320-329.

⁴ Henriet D., Rochet J. C.: Microéconomie de l'assurance. éd. Economica, Paris, 1991.

résultat doit cependant être nuancé si le coût réel de l'assurance augmente avec la probabilité de dommage⁵. Dans ce cas particulier, la demande d'assurance sera moins élevée pour les dommages fréquents⁶ ;

- diminue quand la richesse augmente si et seulement si l'aversion absolue pour le risque est décroissante, ce qui est une hypothèse communément admise (Arrow, 1971)⁷. On peut expliquer ce résultat apparemment paradoxal par l'idée que la valeur relative du bien assuré diminue lorsque la richesse augmente ;
- diminue lorsque le prix unitaire de l'assurance augmente, si l'aversion relative pour le risque de l'individu est inférieure à 1.

Dans le cas, plus général, où le dommage est représenté par une variable aléatoire (risques multiples) dont on connaît la distribution, le contrat se décline en deux dimensions : la prime et l'indemnité reçue en cas de dommage. On montre alors que si le taux de chargement est positif, tout contrat optimal comporte une indemnisation complète au delà d'une franchise. L'existence de ces coûts rend l'indemnisation des petits sinistres inefficace. Schlesinger (1981) montre⁸, sous certaines conditions, que le niveau de la franchise diminue (et donc la demande d'assurance augmente) si l'individu a plus d'aversion au risque, si la probabilité de dommage augmente et si sa richesse initiale est plus faible. Ces résultats sont similaires à ceux que l'on trouve dans le cas du risque unique.

1.2. L'endogénéisation des risques

On n'a évoqué que les possibilités qu'a l'individu de partager un risque parfaitement exogène avec d'autres ou de le transférer sur une entité extérieure : la compagnie d'assurance. Cependant, on peut faire l'hypothèse qu'il est possible de diminuer le risque auquel on est exposé moyennant un effort. L'analyse économique privilégie deux approches de cette question :

- soit l'individu arbitre entre les différentes possibilités qui lui sont offertes pour se protéger contre le risque ;

⁵ Lorsque le prix est égal à la probabilité augmentée d'un taux de chargement et que ce taux de chargement augmente avec la probabilité de dommage, ce qui correspond à l'hypothèse que plus les dommages sont fréquents, plus les coûts de gestion par dommage seront élevés.

⁶ Ehrlich L, Becker G.: "Marché d'assurance, auto-assurance et auto-protection". Revue de l'économie politique Juillet/août, 1972.

⁷ Arrow K. J.: *Essays in the Theory of Risk-Bearing*, Markham, Chicago, 1971.

⁸ Schlesinger H.: "The Optimal Level of Deductibility in Insurance Contracts", revue de risque et assurance n° 48, 1981, pp. 465-481.

- soit on considère que le niveau d'effort est choisi par l'individu après qu'il s'est assuré et que l'assureur ne peut observer cet effort : il y a risque moral.

1.2.1. Auto-protection, auto-assurance

Si le risque n'est pas exogène, deux nouveaux moyens s'offrent à l'individu pour se prémunir contre la réalisation d'un dommage. Le premier consiste pour l'individu à diminuer la probabilité d'occurrence d'un dommage et le second à limiter le montant de la perte si celui-ci survient. Ces deux mécanismes et leur impact sur la demande d'assurance ont été étudiés par Ehrlich et Becker (1972) qui les appellent respectivement auto-protection et auto-assurance. Ils formalisent l'idée que l'individu arbitre entre les possibilités qui lui sont offertes de se protéger contre le risque ou de le transférer à une entité extérieure par un contrat d'assurance. Nous résumons ici les principaux résultats de leur analyse⁹.

1.2.1.1. L'auto-assurance

L'auto-assurance consiste pour l'individu à réaliser un investissement (coûteux) qui lui permet de diminuer le montant du dommage. C'est pour lui, au même titre que l'assurance, un moyen de redistribuer de la richesse entre les états du monde puisque son investissement a un impact sur le montant du dommage. S'il n'y a pas d'assurance, il va choisir un montant d'auto-assurance positif, sous réserve qu'il soit risquophobe et que sa propre productivité dans cette activité dépasse un certain seuil. On montre que l'incitation à s'auto-assurer est plus faible lorsque les dommages sont rares. L'individu ayant, dans ce cas, une faible probabilité de tirer un bénéfice de son investissement, son coût relatif augmente et son intérêt diminue.

Lorsqu'assurance et auto-assurance sont simultanément possibles, l'auto-assurance est moins élevée que dans le cas précédent. Si le prix de l'assurance croît, l'individu lui substitue de l'auto-assurance (et vice versa).

1.2.1.2. L'auto-protection

L'auto-protection consiste pour l'individu à investir pour diminuer la probabilité de réalisation de dommages. Cette activité ne lui permet pas de redistribuer directement de la richesse entre les états du monde, ce qui est son objectif ultime lorsqu'il éprouve de l'aversion pour le risque. On montre, de fait, que l'auto-protection peut être entreprise par les individus quelle que soit leur attitude face au risque. Le niveau d'auto-protection dépend des goûts, de la

⁹ Ehrlich L, Becker G., op. cit.

productivité des individus, de leur revenu et des caractéristiques du dommage. L'étude des propriétés de la demande d'auto-protection dépend de la conjonction de l'ensemble de ces facteurs et le seul résultat stable est que l'autoprotection diminue quand sa productivité baisse.

Si la possibilité de s'assurer existe, l'auto-protection peut être découragée puisqu'il existe un mécanisme qui permet de transférer de la richesse entre les deux états du monde. A l'inverse, l'auto-protection, en diminuant la probabilité de dommage, fait baisser le coût de l'assurance. Elle peut donc théoriquement être stimulée par la possibilité de s'assurer. Les deux mécanismes peuvent ainsi se contrecarrer.

Si l'assurance est actuarielle, on montre que l'auto protection peut être plus élevée que dans le cas où l'assurance n'est pas disponible et que l'augmentation de la productivité dans l'activité d'auto-protection augmente à la fois la demande d'assurance et d'autoprotection. Les deux activités sont donc complémentaires. Si le prix de l'assurance est indépendant de la probabilité de dommage (toute variation de la probabilité de dommage est compensée exactement par celle du taux de chargement), la présence de l'assurance décourage l'auto-protection.

1.2.2. Le risque moral

Pour d'Ehrlich et Becker, déployer des efforts pour diminuer son niveau de risque ou transférer le risque sur un assureur représente de fait une alternative. L'individu choisit simultanément un niveau d'effort et d'assurance en fonction de ses seules préférences et du niveau de différentes variables exogènes (prix de l'assurance, dotations initiales...).

L'interaction entre la capacité de l'individu à moduler son niveau de risque et l'assurance est plus souvent étudiée dans le cadre d'une asymétrie d'information. Dans ce cas, le niveau "d'effort" :

- n'est pas observable par l'assureur ;
- il peut être modifié par l'individu après qu'il a signé le contrat d'assurance.

L'individu couvert par une assurance n'est pas incité à réaliser les investissements qui permettent de diminuer son risque dans la mesure où il n'en récolte pas les bénéfices. L'assureur doit alors proposer des contrats qui prennent en compte ce qu'on appelle le risque moral.

Ces contrats d'assurance ne pouvant être explicitement fondés sur le niveau d'effort qui n'est pas observable, ils portent sur les conditions d'assurance (prime et couverture en cas de dommage) et leur élaboration procède de la logique suivante :

1. le niveau d'effort sur lequel se fonde implicitement le contrat est celui qui maximise l'utilité de l'individu pour un contrat donné (contrainte d'incitation) ;
2. le profit de l'assurance est positif ou nul, compte tenu du niveau d'effort effectivement choisi ;
3. parmi l'ensemble des contrats possibles, on choisit celui qui maximise l'utilité de l'individu.

Winter (1992) propose une revue de littérature sur la forme des contrats en présence de risque moral¹⁰.

Si l'effort de l'assuré conduit à une réduction de la probabilité de dommage, et si le coût de l'effort n'est pas trop élevé, on montre que le contrat doit comporter une franchise, l'assuré étant remboursé si la perte dépasse un certain seuil et pour la différence entre le montant de la perte et ce seuil. Si le coût de l'effort dépasse un certain seuil, la franchise optimale est nulle.

Si l'effort de l'assuré permet de diminuer le montant du dommage aléatoire sans en modifier la probabilité de réalisation, et si l'individu a une aversion absolue au risque non croissante, le contrat couvre l'individu lorsque la perte est inférieure à un montant donné. Le contrat comporte en outre un co-paiement au delà, co-paiement qui ne diminue pas quand la perte augmente.

Zeckhauser (1995) a souligné l'importance de ce résultat dans le cas où les pertes peuvent être très élevées et en particulier quand l'absence d'effort des individus peut distordre la distribution de probabilité du dommage en faveur d'événements très rares mais très coûteux : la part optimale de l'assuré dans la couverture peut être élevée pour des niveaux de perte faible (franchise) mais aussi pour des dommages très coûteux (l'assureur peut éventuellement plafonner sa participation au remboursement du dommage)¹¹.

¹⁰ Winter R. A.: Risque moral et contrats d'assurance. In Dionne G. éd. Contributions aux économies d'assurance, Kluwer Académie Publishers, Boston. 1992.

¹¹ Zeckhauser R.: Insurance and Catastrophes, The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory 20, 1995, pp.157-175.

Pour conclure, les personnes qui font face à un risque individuel vont chercher à se prémunir contre la variation de leur richesse entre les états du monde. Parmi les mécanismes qui leur permettent d'améliorer leur bien-être, l'assurance est le plus répandu ;

Si l'on s'en tient à l'étude de l'assurance, il faut prendre en compte la possibilité que peuvent avoir les individus d'influencer leur propre niveau de risque. Dans le cas où cet effort n'est pas observable, la théorie semble montrer que l'existence du risque moral peut être gérée par les assureurs, sans remettre fondamentalement en cause leur capacité à offrir de l'assurance.

2. Facteurs de risque, réparation du dommage et nature d'aléa en santé

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme une conjonction d'un état de bien-être physique, mental et social¹². L'économiste, quant à lui, considère que la notion de bien-être renvoie au concept de fonction d'utilité. Cela, conduit l'analyse économique à voir de l'état de santé de l'individu comme un des arguments de sa fonction d'utilité.

Or, Comme le souligne implicitement la définition de l'OMS, cet état de santé est en partie aléatoire. Il est déterminé par les caractéristiques de l'individu et de l'environnement dans lequel il évolue. Ces facteurs de risque peuvent donner lieu à l'apparition de maladies. Si les circonstances le permettent, les individus malades vont avoir recours au système de soins pour rétablir, dans la mesure du possible, leur état de santé initial. En fait, le fait de tomber malade ou d'avoir un accident constitue pour l'individu un dommage, contre lequel il peut souhaiter se prémunir par la souscription d'une assurance. Pour réparer ce dommage, il va consommer des soins.

Notre objectif ici, est d'explicitier la place de l'incertitude dans la détermination de l'état de santé d'un individu et de rappeler comment l'analyse économique explique le recours aux soins ; et ce, dans le but de comprendre en quoi la mise en œuvre du mécanisme d'assurance est conditionnée par la nature des biens étudiés : santé et soins.

L'opposition d'une vision assez déterministe de l'état de santé, inspirée notamment des travaux de Grossman, à une approche aléatoire et leur combinaison dans un cadre unique permet de cerner la nature du risque en santé.

¹² OMS : Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant, Genève, 2000.

2.1. L'approche déterministe

Le terme "déterminisme" recouvre deux notions :

- d'une part, l'idée que les individus interviennent activement dans la production de leur propre santé et que leurs comportements, y compris de recours aux soins, contribuent à ce processus. Ils déterminent leur état de santé ;
- d'autre part, l'idée qu'il existe des facteurs explicatifs de l'état de santé des populations : les *déterminants* de l'état de santé.

Grossman (1972)¹³ a explicité la relation entre santé et consommation de soins dans le cadre d'une analyse du cycle de vie. Où il a constaté que la relation de causalité entre utilisation des soins et détermination de l'état de santé peut être nuancée par l'étude plus globale des déterminants environnementaux de l'état de santé.

2.1.1 Le déterminisme comportemental

(Evans, 1983) constate que l'association d'une consommation de soins à une variation de l'état de santé repose sur l'hypothèse de l'existence d'une fonction de production et énonce que : « La santé est un des arguments d'une fonction de production, et non d'une fonction d'utilité, très complexe, dont l'output est (ou devrait être) une amélioration de l'état de santé. Le lien entre soins et santé est une relation techniques exogène, sur laquelle des prestataires spécialisés acquièrent une connaissance spécialisée »¹⁴.

On peut attribuer la clarification de la relation entre soins et santé à Grossman qui, en 1972, a développé le premier modèle économique de comportement centré sur la santé qu'il a introduit explicitement comme argument de la fonction d'utilité individuelle. Cette analyse décline, de manière plus fine, à la santé la théorie du "capital humain" développée par Becker (1965). Une théorie qui vise à élargir le champ du calcul économique, notamment pour rendre compte du choix d'un niveau d'étude des décisions de migrer et des investissements dans la santé. Ainsi, Becker montre comment l'individu peut choisir de faire fructifier son capital

¹³Grossman M.: La demande pour la santé: Investigation Théorique et Empirique, NBER, occasional papers, 1972.

¹⁴ Evans R. G.: Les économies du bien-être de l'assurance maladie publique: Théorie and Pratique Canadienne. In Lars Söderström: Assurance Sociale, contributions aux analyses économiques, North-Holland Publishing Company, 1983, pp. 78.

humain (d'investir) en prolongeant ses études pour augmenter à terme son niveau de rémunération¹⁵.

Dans ce sens, Grossman définit la santé comme un bien durable, dont un stock est alloué à l'individu au début de sa vie, et qui se déprécie au cours du temps. Sa diminution sous un seuil entraîne le décès. A chaque période, l'individu peut investir en temps passé à se soigner et en soins médicaux pour compenser la dépréciation "naturelle" de son stock de santé. Il maximise son utilité sous contrainte de ressources et de temps. Il détermine alors un niveau désiré d'état de santé, une demande de santé, et choisit le programme de consommation qui lui permet d'ajuster son stock au niveau désiré. En effet, Grossman décline son analyse en deux sous-modèles¹⁶ :

- dans le modèle dit de consommation, l'individu valorise l'amélioration de l'état de santé en tant que telle : être en meilleure santé augmente son bien-être ;
- dans le modèle d'investissement, l'amélioration de l'état de santé est valorisée par l'individu dans la mesure où elle lui permet d'augmenter son temps de travail et donc sa richesse.

Dans les deux cas, la demande de soins est dérivée de celle de santé. Le Pen (1988)¹⁷, souligne que les modèles antérieurs introduisaient directement les biens et services médicaux dans la fonction d'utilité, et appliquaient la théorie classique du consommateur pour en déterminer la demande. L'apport le plus fondamental de Grossman a été de souligner que la consommation de soins n'est pas directement source d'utilité mais qu'elle permet de produire de la santé qui contribue au bien-être de l'individu. Ainsi, l'existence d'une telle causalité permet de justifier la consommation d'un bien qui n'est pas, a priori, source directe d'utilité. La "consommation" de soins peut, au contraire, être source de douleur et de stress, autant d'éléments qui doivent être surcompensés par l'augmentation d'utilité liée à l'amélioration de l'état de santé.

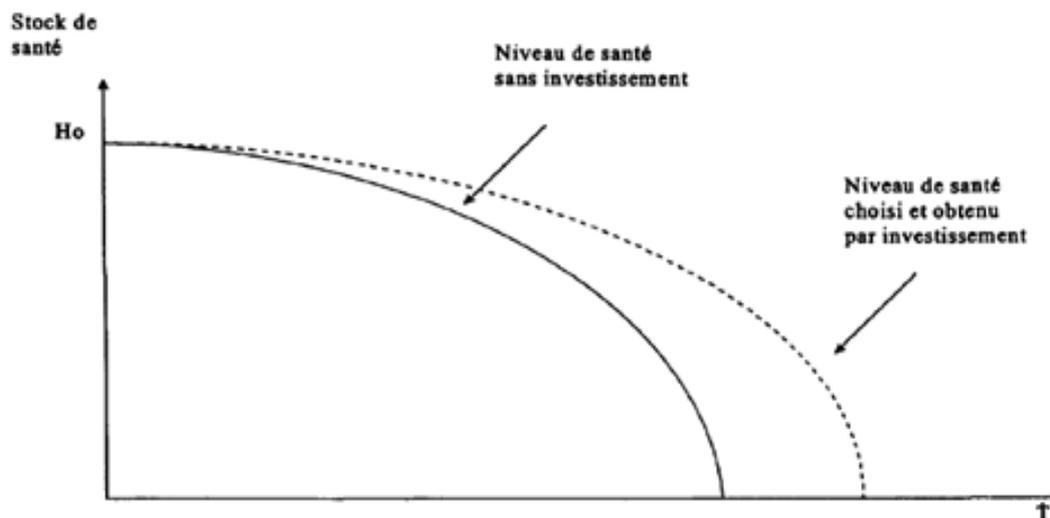
Selon la définition que Grossman propose de l'état de santé d'un individu. Chacun naît avec un stock de santé H_0 , qui se déprécie à un taux croissant tout au long de sa vie. Il est possible d'investir pour compenser cette dépréciation et donc de modifier sa durée de vie. (Cf. Schéma 1).

¹⁵ Becker G.: La Théorie d'Allocation du Temps, Revue Economique, Sept, 1965.

¹⁶ Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

¹⁷ Le Pen C. : Demande de soins, demande de santé". Revue d'économie politique n° 4, 1988. pp. (445-507).

Schéma 1 : Hypothèse de Grossman : Evolution du stock de santé avec le temps



Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

Grossman insiste, dans la définition de la santé qu'il propose, sur deux aspects

D'abord, il met en exergue l'impact du comportement individuel sur la santé puisque, dans son modèle, l'agent économique décide en partie de sa durée de vie, compte tenu du taux de dépréciation de son stock de santé. De plus, il reconnaît que la fonction de production est définie au niveau individuel et qu'elle comporte d'autres inputs, comme le capital humain. La production de santé par l'individu ne dépend pas seulement de la quantité de soins qu'il consomme mais aussi :

- de son comportement individuel.
- de variables individuelles comme l'éducation, qui feront qu'une personne sera plus ou moins incitée à investir dans son stock de santé et mieux à même de transformer des soins en une amélioration de l'état de santé.

Le second atout de cette approche en terme de stock est la prise en compte du déterminant biologique d'état de santé qu'est le vieillissement. La résolution du modèle de Grossman repose sur l'hypothèse que le taux de dépréciation du stock de santé augmente avec l'âge, à partir d'un certain point du cycle de vie. A ce sujet, il énonce que " Cette corrélation

peut être déduite du fait que, lorsqu'une personne vieillit, ses forces physiques et sa mémoire se détériorent.¹⁸

La détérioration au cours du temps de l'état de santé et sa traduction par une augmentation des besoins médicaux, est une caractéristique inéluctable. Grossman évoque brièvement la possibilité que le taux de dépréciation du stock de santé puisse être défini de manière aléatoire mais cette démarche n'aboutit pas à une définition précise des risques, ni à l'explication du besoin que peut ressentir l'individu d'avoir recours à une assurance, pour se prémunir contre ces risques.

2.1.2. Le déterminisme environnemental

L'apparente contradiction entre l'approche de Grossman et l'idée que la santé est soumise à des chocs aléatoires assurables est renforcée par l'analyse plus détaillée des déterminants de la santé. Des résultats d'études et de travaux d'épidémiologie soulignent que l'état de santé dépend non seulement du comportement des individus et de leur accès aux soins, mais aussi d'un ensemble de facteurs biologiques et environnementaux¹⁹.

2.1.2.1. Les facteurs biologiques

Ces facteurs, que sont le sexe et l'âge, ont une relation évidente avec l'état de santé. Au delà, que ce soit pour des raisons génétiques ou accidentelles, l'état de santé peut varier d'un individu à l'autre. L'exemple le plus simple est celui des maladies dont l'apparition est directement expliquée par la présence d'un gène qui fait qu'un individu éprouvera tout au long de sa vie des difficultés à "fonctionner", quel que soit son environnement.

Plus généralement, le développement de la biologie génétique permet de montrer que certaines personnes sont plus susceptibles que d'autres de développer certains types de maladies, en raison de prédispositions génétiques (le diabète, les maladies cardio-vasculaires, certains cancers...). L'ensemble des facteurs biologiques qui ont une influence directe sur la santé sont des facteurs de risque strictement individuels et sur lesquels la personne n'a aucune influence.

¹⁸ Grossman M.: La demande pour la santé: Investigation Théorique et Empirique, NBER, occasional papers, (1972). p.14.

¹⁹ Evans R. G. et Alii. : Why are some people healthy and others not?, Eds éd., 1994.

2.1.2.2. Les facteurs environnementaux

L'environnement dans lequel les individus évoluent a aussi un impact déterminant sur leur état de santé. En fait, la qualité de l'air, de l'eau, ou plus généralement le niveau de pollution, mais aussi la salubrité de l'habitat, les conditions de travail,... sont quelques unes des caractéristiques physiques de l'environnement qui ont une influence sur la santé. De même, l'environnement économique et social a une influence déterminante sur la santé.

A cet égard, deux remarques s'imposent :

- d'une part, la frontière entre ce qui relève de l'environnement "physique" et "social" n'est évidemment pas claire;
- d'autre part, si l'environnement constitue indéniablement une variable exogène pour l'individu, en particulier au début de son existence, il influence aussi la détermination d'autres variables socio-économiques individuelles (le revenu, le patrimoine, l'emploi, le niveau d'éducation), ou comportementales (le fait d'adopter certains comportements à risque comme fumer, la qualité des relations sociales...) qui ont un impact plus ou moins direct sur l'état de santé. Cependant, la prise en compte de l'environnement (considéré comme une variable partiellement exogène et déterminée collectivement) parmi les facteurs explicatifs de l'état de santé ne doit pas conduire à nier l'impact des comportements individuels sur l'état de santé.

Au terme de cette analyse, il apparaît que la santé d'un individu est une combinaison de facteurs de risques :

- exogènes et déterministes. Dans ce cas, les facteurs explicatifs peuvent être déclinés au niveau individuel (facteurs biologiques) ou au niveau collectif (facteurs environnementaux au sens large) ;
- endogènes. Le risque est alors généré par le comportement des individus ou des groupes auxquels ils appartiennent, directement ou par l'intermédiaire de leur impact sur d'autres variables.

2.2. L'approche aléatoire

L'ensemble des déterminants que nous avons évoqués se traduisent à la fois dans l'état de santé général de l'individu mais, aussi par le fait que ce dernier va être atteint de certaines maladies ou pas. En effet, Les facteurs de risque se concrétisent par des "chocs" qui génèrent un besoin de prise en charge médicale. Selon la vision Grossman de l'état de santé,

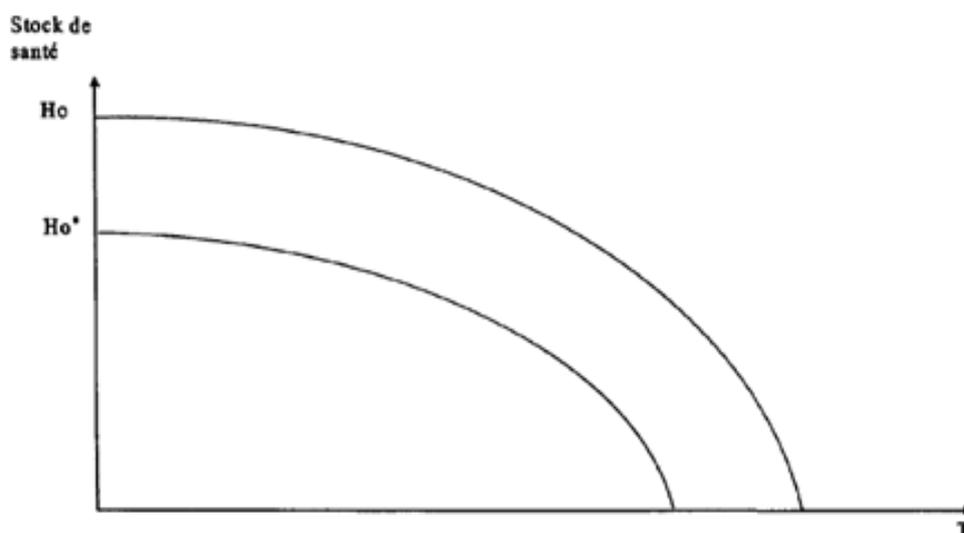
l'incertitude qui pèse sur la détermination de l'état de santé caractérise l'individu tout au long de sa vie et se traduit, à un moment donné, par la réalisation d'un dommage.

2.2.1. Incertitude initiale

Nous illustrons les différents types de risques que nous évoquons par une approche graphique qui s'inspire de l'idée que la santé est un bien durable dont le niveau décroît dans le temps. Le fait qu'un stock de santé initial ou qu'un taux de dépréciation plus ou moins élevé puisse être alloué "par la nature" à un individu représente un premier type de risque. Ces différences sont illustrées dans les schémas 2 et 3.

Le premier cas pourrait illustrer l'existence d'un handicap à la naissance, par exemple une surdité congénitale, qui n'a pas, en soi, d'impact sur le taux de dépréciation du stock de santé.

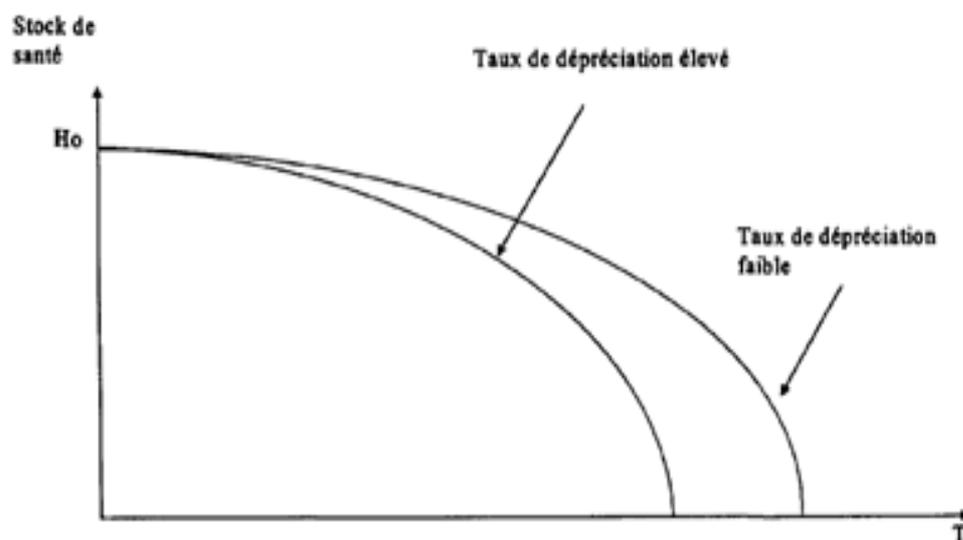
Schéma 2 : Incertitude sur le niveau du stock initial de santé alloué



Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

Dans le second cas, le taux de dépréciation diffère entre deux individus tout au long de leur vie. On peut citer l'exemple des maladies qui font subir aux individus un vieillissement très accéléré et causent leurs décès prématurés. (Cf. Schéma 3).

Schéma 3 : Incertitude sur le taux de dépréciation du stock de santé alloué



Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

Les deux illustrations que nous avons proposées sont assez caricaturales et la réalité relève plus souvent d'une combinaison des deux approches. En tout état de cause, le fait de naître avec un stock de santé ou un taux de dépréciation différent constitue donc un premier type de risque sur la santé, qui peut se traduire par un besoin particulièrement important de prise en charge médicale tout au long de l'existence.

2.2.2. Maladie et dommage

L'apparition d'une maladie et la survenue d'un accident peuvent être considérées comme des chocs aléatoires sur l'état de santé. La référence à la notion de dommage permet de se rapprocher des concepts traditionnellement utilisés en économie de l'assurance. Il est alors naturel d'étudier les risques selon deux dimensions : la probabilité de subir un choc et la nature de ce choc.

2.2.2.1. Probabilité de réalisation

Un estimateur naturel de la probabilité de subir un dommage est la prévalence de la maladie considérée dans l'ensemble de la population. Cette approche doit cependant être nuancée au niveau individuel. La réalisation d'un événement que l'on qualifie ici de façon générique de "choc" peut être perçue comme aléatoire ou non. La contraction d'une maladie

est, dans certains cas, inévitable (probabilité égale à un). A l'inverse, certains "chocs" pourraient être systématiquement évités (probabilité nulle). Le "choc" est donc évitable ou inévitable par l'individu.

Si on exclu ces deux cas extrêmes, on peut discerner des facteurs d'hétérogénéité entre les individus. La probabilité de réalisation d'un choc particulier varie, comme nous l'avons signalé, pour des raisons exogènes et déterministes ou des raisons liées au comportement de l'individu. Dans ce dernier cas, il influence directement la probabilité de dommage, soit par des mesures de prévention spécifiques, soit en n'adoptant pas des comportements dangereux.

2.2.2.2. Nature du choc

La détermination de la nature de choc nécessite une étude portant sur l'ampleur et la réversibilité de choc et une considération de ce dernier selon qu'il porte sur le stock santé ou le taux de dépréciation.

2.2.2.2.1. Ampleur et réversibilité

L'ampleur du choc constitue une première dimension naturelle d'analyse. La mesure de l'état de santé et a fortiori d'une dégradation de cet état de santé sont des exercices difficiles. En fait, mesurer l'état de santé nécessite de prendre en compte de multiples dimensions objectives et subjectives. Des indices synthétiques peuvent être construits et combinés pour évaluer l'état de santé d'un individu. Cependant, ces outils ne sont pas pour autant utilisés pour mesurer l'ampleur d'un choc particulier que subirait un individu sur son état de santé. La mesure de l'ampleur du choc renvoie plus traditionnellement à une valeur monétaire et au coût d'une maladie.

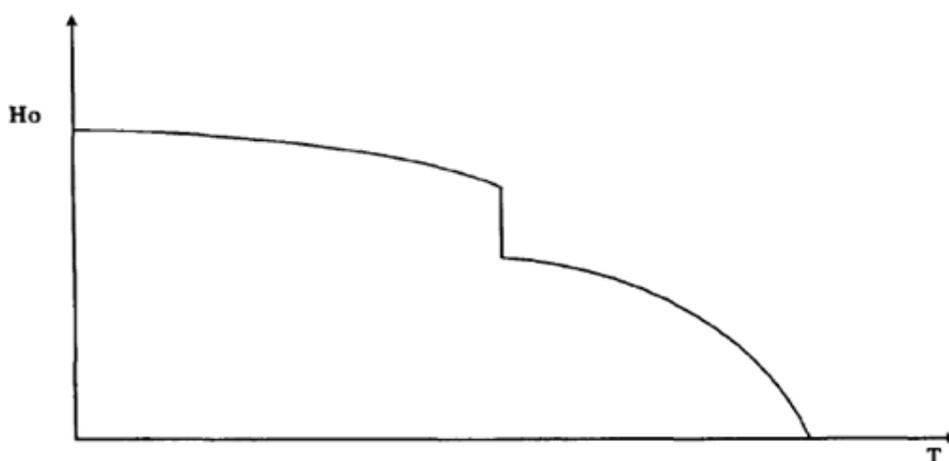
Le second élément de caractérisation des chocs porte sur leur réversibilité. On peut établir une distinction entre des chocs réversibles et irréversibles. Cette caractéristique dépend évidemment pour partie de la nature de la maladie. Elle est aussi conditionnée par :

- d'une part, l'existence ou non d'une technique médicale qui permet de restaurer l'état de santé initial ;
- d'autre part, l'accès qu'a l'individu à ces soins (pour des raisons techniques ou financières).

Les schémas 4 et 5 illustrent respectivement ces deux types de chocs sur le stock d'état de santé : le schéma 4 représente une altération irréversible portant sur le stock de santé mais n'entraînant pas le décès immédiat ; le schéma 5, quant à lui, illustre la notion de choc réversible sur le stock.

Schéma 4 : Choc irréversible sur le stock de santé

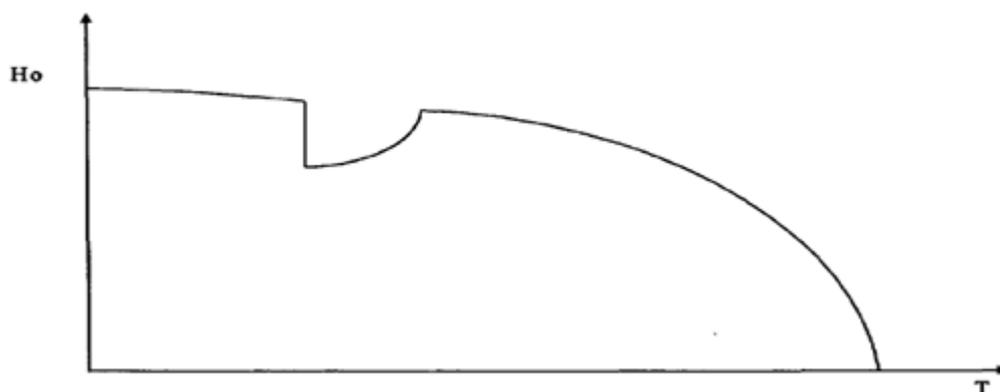
Stock de santé



Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

Schéma 5 : Choc réversible sur le stock de santé

Stock de santé



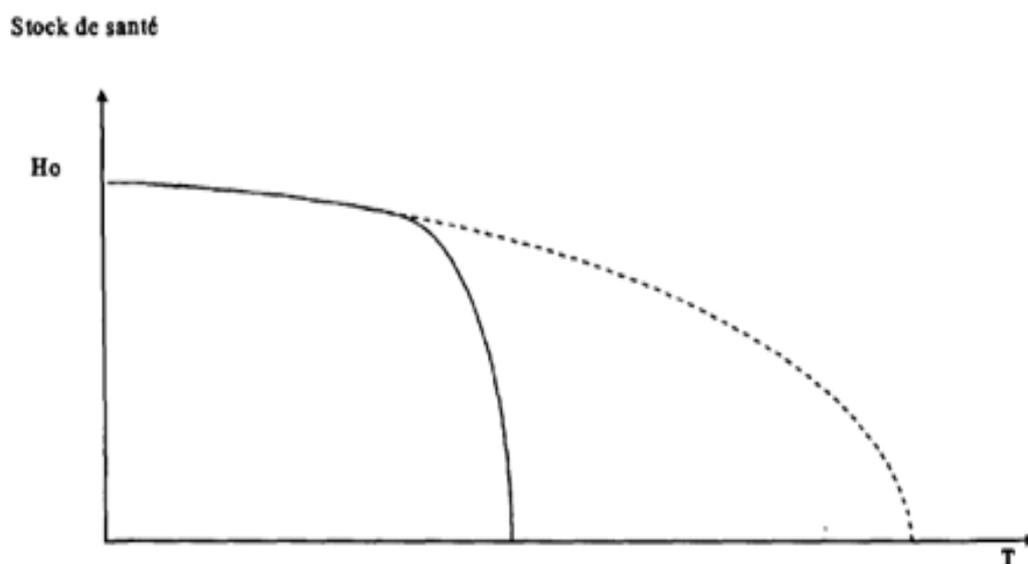
Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

2.2.2.2. Choc sur le stock ou choc sur le taux

Un dommage peut théoriquement se décliner en deux modalités, selon qu'il porte sur le stock de santé ou le taux de dépréciation de ce stock (sachant qu'une combinaison des deux dimensions est généralement nécessaire pour décrire rigoureusement la variation de l'état de santé induite par une maladie).

En ce qui concerne le choc sur le taux de dépréciation, on peut envisager là encore deux cas extrêmes, selon le mode d'évolution de la maladie. Un cancer correspond plutôt à une augmentation du taux de dépréciation, comparable à celle représentée dans le schéma 6.

Schéma 6 : Altération du taux de dépréciation (Maladie de type cancer)

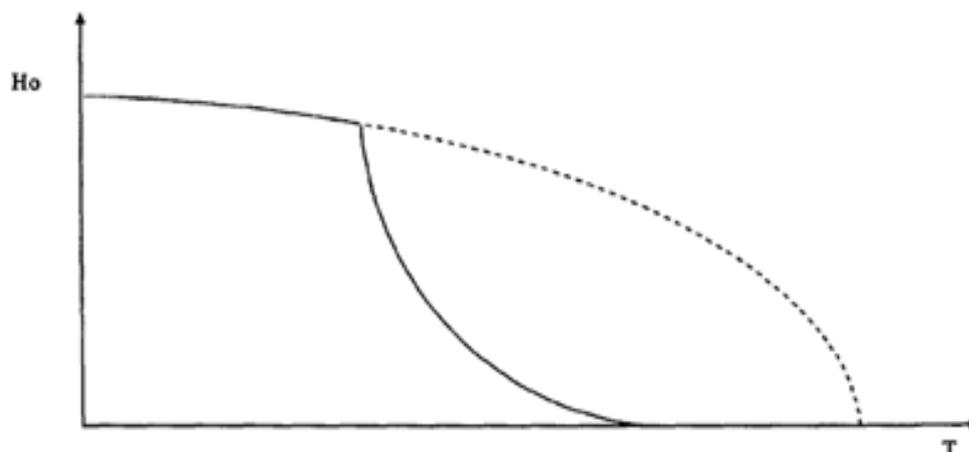


Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

Une maladie qui conduirait à une dégradation initiale brutale mais se ralentissant progressivement se traduirait par une évolution plus proche de celle qui est représentée dans le Schéma 7. Les démences pourraient représenter un exemple de ce type d'évolution.

Schéma 7 : Altération du taux de dépréciation : Maladie de type démence

Stock de santé



Source: Grossman M.: « On the concept of health capital and the demand for health », Revue d'économie politique, n° 80, 1972. pp. (223-255).

L'assimilation d'une maladie à un dommage et l'explicitation des caractéristiques de ce dommage conduisent à souligner que, exception faite du choc réversible, les dommages sur l'état de santé s'inscrivent dans le temps, ce ne qui manquera pas de soulever des difficultés pour l'assurance.

2.3. Récapitulation

Le vieillissement est une donnée biologique universelle fortement corrélée avec l'état de santé. Articuler la présentation des autres facteurs de risque et de leur traduction en termes de dommage autour de l'âge, caractéristique individuelle objective et observable, permet de souligner que :

- leur importance relative varie en fonction de l'âge des individus ;
- mais aussi que l'apparition ou la révélation des autres facteurs de risque et leur traduction par des dommages ne sont pas nécessairement simultanées.

Dans ce sens, Hertzman, Frank et Evans (1994)²⁰ proposent un découpage du cycle de vie en quatre périodes, chacune étant caractérisée par la domination d'un type de risque.

1. **La période périnatale** qui est, en soi, une période de forte vulnérabilité, est aussi une période durant laquelle une grande partie des différences inter-individuelles initiales de stock ou de taux de dépréciation peuvent être décelées.
2. **La période des mésaventures** s'étend de la fin de la première année de vie jusqu'au milieu de la quarantaine. Durant cette période, la santé est avant tout soumise à des risques "individuels accidentels" au sens large du terme (qui correspondent en majorité à des chocs réversibles).
3. **La période des maladies chroniques dégénératives** comme les problèmes cardiaques, les attaques, les cancers, l'arthrose... Ceci correspond à l'apparition dans ces tranches d'âge d'un nombre de plus en plus élevé de chocs de plus grande ampleur parfois irréversibles.
4. **La sénescence généralisée** se situe environ après 75 ans. Les maladies qui apparaissent sont globalement les mêmes qu'à la période précédente mais elles sont souvent combinées et leur impact sur un organisme affaibli fait qu'il devient difficile de définir une cause unique de dégradation de l'état de santé ou de décès.

La santé est donc bien au cœur d'un processus de production, qui caractérise l'individu et ne se réduit pas à la seule expression d'une relation mécanique entre soins et santé. Les individus ont une part de responsabilité dans leur état de santé, mais ils peuvent aussi subir les effets de facteurs de risques dont ils ne sont guère responsables et qui se traduiront par des différences dans la fréquence et le type de dommage auxquels ils auront à faire face.

3. Objet de l'assurance santé

L'assurance santé désigne dans le langage courant un contrat au terme duquel une partie (l'assureur) va rembourser les frais encourus par l'autre (l'assuré) auprès de prestataires de soins, pendant une période donnée, moyennant le paiement d'une prime. Ce recours aux

²⁰ Hertzman C, Evans R. G., Frank J. : Hétérogénéités dans le statut de santé et les déterminants de santé de la population. In Robert G. Evans, Greg L. Stoddart and Morris L. Barer: Why are some people healthy and others not? , 1994. pp.74.

soins est essentiellement motivé par la réalisation de "dommages", autrement dit des dégradations de l'état de santé²¹.

Les économistes identifient traditionnellement l'assurance santé (ou l'assurance maladie) à un service public ou privé, acheté par l'individu ou fourni par l'Etat, qui finance totalement ou en partie les consommations de soins. La théorie économique nous explicite les raisons qui font que l'assurance santé couvre les soins et elle nous permet aussi d'identifier les limites ou les simplifications qu'elle implique.

3.1. L'assurance santé porte sur les soins

Le fait que l'assurance santé rembourse les soins peut, a priori, sembler surprenant : alors que l'individu cherche fondamentalement à se couvrir contre les conséquences d'une dégradation aléatoire de son état de santé, le service que lui rend l'assureur est le remboursement des soins. Alors que la santé n'est pas un bien marchand, la valeur monétaire que l'assuré doit recevoir au titre de la réparation d'un dommage sur sa santé semble consensuelle. En outre, contrairement à l'assurance "en cas de décès"²², qui couvre un dommage constitutif d'une atteinte à l'intégrité de la personne, comme, d'une certaine façon, la maladie, l'assurance santé n'appartient pas au champ de l'assurance vie mais à celui de l'assurance dommage. En fait, l'assuré ne choisit pas, comme en assurance vie, le montant qui lui sera versé s'il subit un dommage contractuellement décrit comme devant donner lieu à indemnisation.

Le raisonnement économique sous-jacent à l'application de la théorie de l'assurance à la santé est en réalité le suivant :

- l'état de santé des individus est soumis à des chocs aléatoires qui constituent des dommages pour les individus ;
- l'utilisation de biens et services médicaux permet de réparer ces dommages.

Dès lors, un individu qui éprouve de l'aversion pour le risque se prémunit contre les conséquences de la survenue de sinistres en santé par la souscription d'un contrat d'assurance au terme duquel l'assureur lui rembourse les dépenses engendrées pour "réparer" ces dommages. Phelps (1973)²³ a présenté un modèle considéré comme l'un des premiers modèles qui ont

²¹Chambaretaud S. et Hartmann L.: Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles, revue de l'OFCE n° 91, octobre 2004, p.p. 237-268.

²² Qui garantit à des personnes, désignées par le souscripteur, le versement d'un capital ou d'une rente s'il décède.

²³ Phelps C. E.: Demand for health insurance: a theoretical and empirical investigation. Rand Corporation, July, 1973.

intégré explicitement une fonction de production de santé dans un modèle de demande d'assurance. Les individus maximisent leur fonction d'utilité $U = U(x, H_0 - \lambda + g(h))$ où x représente la consommation courante et h les soins. A chaque dégradation aléatoire de l'état de santé λ on associe, en inversant la fonction de production de santé g , une quantité de soins nécessaire pour rétablir l'état de santé initial. Cette construction théorique reflète l'idée qu'il est possible de définir objectivement le besoin : "Le concept de besoin, dans son acception positive décrit le jugement qu'un expert porte sur l'impact marginal d'un certain type de soin sur l'état de santé d'un patient particulier."²⁴

Cette définition, proposée par Evans, souligne que la reconnaissance du besoin, voire parfois même celle de la maladie, dépendent fortement de l'état de la science et de la technologie médicale, puisque les membres du corps médical (les experts) détiennent l'information qui permet de caractériser une altération de l'état de santé et d'évaluer les moyens qu'il faut mobiliser pour y remédier. Plus précisément, à un moment donné, il est possible d'obtenir un consensus suffisant sur les procédures qu'il faut mettre en œuvre en moyenne pour répondre à un problème de santé précis. Si l'on connaît le prix des biens et services médicaux, la maladie passe du statut de choc sur une variable non marchande à un "dommage monétaire". Si l'on connaît la distribution de probabilité d'apparition de différentes maladies, on peut donc estimer le prix de l'assurance.

Cette application de l'assurance à la santé assimile toute maladie à un choc aléatoire sur un état de santé défini de façon exogène. On ne sait pas mesurer l'équivalent monétaire d'une dégradation de l'état de santé, mais on considère qu'il est possible d'en évaluer le coût de réparation. Donc, les résultats de la théorie de l'assurance peuvent, dans la mesure où l'on fait l'hypothèse que la fonction de production est connue et déterministe, être appliqués au champ de la santé.

3.2. Les limites du principe de l'assurance santé

Même si elle fait l'objet d'un large consensus, il s'agit là d'une hypothèse simplificatrice. En effet, le risque lié à la santé ne peut être résumé au seul risque financier qu'implique la consommation de soins. La désutilité liée à la maladie peut venir :

- de la douleur (physique ou psychologique) ;
- du fait qu'une perte de santé n'est pas toujours réversible ;

²⁴ Evans R. G., op. cit., pp.78-79.

- mais aussi du fait que la consommation et la production des autres biens dépendent de l'état de santé.

Dans ce sens, Evans (1984), énonce qu' " En général, l'équivalent monétaire d'une maladie dépasse la variation des dépenses de santé qu'elle implique d'un montant qui prend en compte la douleur et la souffrance, l'anxiété, la perte de salaire et/ou de loisirs et une prime de risque qui compense l'incertitude liée au résultat du traitement"²⁵.

Les analyses théoriques qui prennent en compte l'impact global de la maladie sur l'utilité de l'individu et qui déterminent sur cette base sa demande d'assurance sont rares. Zweifel (1997)²⁶ étudie le cas particulier dans lequel un individu valorise plus ou moins son revenu disponible (autrement dit sa consommation non médicale) selon son état de santé. Dans son modèle, la fonction d'utilité de l'individu est différente selon qu'il est malade ou non.

Deux situations peuvent se présenter :

- l'individu profite plus de sa consommation lorsqu'il n'est pas malade (loisirs par exemple). Il choisit alors une couverture incomplète (franchise), y compris dans le cas où le prix de l'assurance est actuariel ;
- le cas inverse illustre une situation dans laquelle l'individu, lorsqu'il est malade, valorise particulièrement des consommations non strictement médicales (services annexes d'aide à domicile par exemple). Il cherchera, dans ce cas, à se sur-assurer, autrement dit, à avoir un revenu disponible plus élevé dans le cas où il tombe malade.

Concrètement, certains impacts induits par la dégradation de l'état de santé peuvent être couverts par des contrats d'assurance mais ceux-ci sont dissociés de l'assurance santé proprement dite :

1. des contrats d'assurance (ou des assurances sociales) permettent aux individus de se prémunir contre la perte de salaire en cas d'incapacité de travail due à une dégradation transitoire ou permanente de l'état de santé ;
2. des garanties dites "des affections redoutées" (Bague-Forst, 1995)²⁷ garantissent le versement d'un capital à un assuré si une affection grave prévue au contrat est

²⁵ Evans R. G., op. cit., pp.30-31.

²⁶ Zweifel P., Breyer F.: Economie de la santé, Oxford University Press, New-York. 1997.

²⁷ Bague-Forst A. : "Innovation et assurance santé". Risques 21, Janvier-Mars, 1995, pp. 95-102.

diagnostiquée. Un tel contrat pourrait être assimilé à une compensation forfaitaire de la désutilité liée à la maladie.

En plus, des justifications théoriques évoquées, on peut trouver des raisons concrètes pour lesquelles l'assureur ne conditionne pas ses obligations contractuelles à l'état de santé de l'individu.

En premier lieu, l'état de santé de l'individu est difficile à mesurer de façon objective et incontestable. Car, le versement d'une indemnité compensatoire forfaitaire, liée à une variation de l'état de santé, soulèverait des difficultés pour :

- d'une part, établir un contrat en termes juridiques clairs ;
- d'autre part, déterminer si l'état de santé de l'individu s'est dégradé dans des proportions justifiant qu'il reçoive les indemnités prévues au contrat.

Ensuite, si on reste dans l'hypothèse selon laquelle l'assureur rembourse des soins, il pourrait théoriquement proposer une couverture contre certaines maladies. Mais le fait de définir le champ contractuel par rapport à des pathologies soulèverait des difficultés supplémentaires :

- **de vérification de l'occurrence du dommage :** L'individu peut être tenté de déclarer une maladie couverte pour bénéficier de soins dont il estime avoir besoin pour d'autres raisons. L'assureur devrait donc, au minimum, s'il basait l'assurance sur l'occurrence d'une maladie, mandater un expert pour établir un diagnostic avant de couvrir les soins. Cela reste une procédure complexe, coûteuse, et probablement injuste car le fait de souffrir ou non d'une maladie peut s'avérer difficile à établir scientifiquement ;
- **de vérification de la causalité entre l'utilisation de soins et la présence d'une maladie :** La consultation d'un médecin qui serait couverte par l'assurance au titre d'une maladie, peut donner lieu à une prestation de services liée à d'autres maladies sans que l'assureur en soit informé. Il serait, par ailleurs, délicat en cas de pluri-pathologie de déterminer les services utilisés au titre de chaque maladie et quand bien même on parviendrait à le faire, on multiplierait à la fois les coûts que supporterait l'individu et très probablement les risques iatrogènes.

En définitive, la principale raison pour laquelle "l'assurance santé" porte sur les soins est que des problèmes d'information empêchent que les dommages puissent être définis en référence à l'état de santé (Blomqvist, 1997)²⁸.

II. L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)

L'assurance maladie obligatoire est une des méthodes principales de financement de la santé. Plusieurs pays sont actuellement intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie existante à des groupes spécifiques pour couvrir éventuellement la totalité de leur population. Elle est la branche la plus importante du système de sécurité sociale. Il s'agit ici de mettre en lumière la conception de l'assurance maladie, ses principaux fondements ; mais aussi son évolution, et ce, à travers un rappel historique de l'évolution de la sécurité sociale.

1. Evolution historique de la sécurité sociale

Tout individu est menacé au cours de son existence par divers évènements susceptibles de supprimer son revenu ou, d'une façon générale, de réduire son niveau de vie. Des évènements, des risques, qui peuvent empêcher l'individu d'exercer son activité professionnelle comme le chômage, la maladie, la vieillesse,...etc. ou des évènements qui réduisent le niveau de vie malgré l'exercice d'une fonction comme les dépenses exceptionnelles, la dévaluation monétaire,...etc. On constate alors l'incidence des risques et des charges sur le niveau de vie de l'individu et sa sécurité économique.

Ainsi, « les systèmes de sécurité sociale se proposent, par l'aménagement de techniques originales de réparation ou de prévention de tels évènements, de garantir la sécurité économique de l'individu ». ²⁹ Leur naissance est étroitement liée aux luttes des travailleurs dans les premiers pays de tradition industrielle. Ces derniers ont orienté l'évolution et les modalités d'organisation des systèmes de sécurité sociale mis en place par la suite dans le monde.

Cependant, l'avènement de la sécurité sociale, consubstantielle à la société industrielle moderne, a été procédé par différentes formes de protection sociale dont chacune répond à sa manière aux besoins exprimés selon les différentes périodes. Parmi ces anciennes formes de

²⁸ Blomqvist A.: "Optimum non-linéaire de l'Assurance Maladie". Revue d'économie de la santé n° 16, 1997, pp.303-321.

²⁹ Dupeyroux J.J. et Prétot X.: Sécurité sociale, édition SIREY, 10^{ème} édition, 2000, p.5

protection contre les risques maladie, invalidité, vieillissement ou le décès, on trouve des procédés individuels comme l'épargne et d'autres faisant appel à autrui comme la charité, l'assistance ou le secours mutuel.³⁰

1.1. Les anciennes formes de protection sociale

L'idée de protection sociale voit le jour dès la plus haute antiquité, car elle correspond à l'un des besoins les plus ancrés chez l'homme: le besoin de sécurité.³¹ «Si le besoin de sécurité est lié à la précarité de la condition humaine, son expression a évolué avec le contexte économique, social, culturel et philosophique des siècles passés ».³²

Dérivée de la charité religieuse, l'assistance aux pauvres a constitué la forme essentielle de la couverture des besoins sociaux et la forme la prédominante jusqu'à la révolution industrielle. A cette époque, l'expansion du prolétariat ouvrier remet en cause l'assistance jugée aléatoire et mal adaptée au monde salarié. Elle appelle une autre conception de la protection sociale, destinée à privilégier la réparation des risques sociaux plutôt que la couverture des besoins des indigènes.

1.1.1. Avant l'ère industrielle

En cette époque la société était féodale et organisée en communautés, aux statuts sociaux hiérarchiques et héréditaires: Roi, seigneurs, serfs, etc. Elle vivait de l'exploitation de la terre et sa principale richesse était la culture vivrière à l'aide des techniques archaïques. Les individus, dans cette société, éprouvaient les mêmes sentiments et adhéraient aux mêmes valeurs en affichant leur appartenance à la communauté. Ainsi, lorsque la maladie survenait, le malade était automatiquement et naturellement pris en charge soit par le groupe (famille, clan, tribut,...) ou par son supérieur (maitre,...).

Grâce à la charité, devenue un devoir moral sous l'influence de la religion, un réseau d'hôpitaux, de maladreries et d'hospices était fondé pour venir en aide aux vieux, aux pauvres, aux blessés, aux femmes enceintes, aux enfants abandonnés, aux lépreux,...etc.

L'assistance, quant à elle, se sécularisait et relevait de la responsabilité de la collectivité après le développement de l'Etat et des idées philosophiques affirmant les droits

³⁰ Hannouz M. et Khadir M.: Précis de sécurité sociale, OPU, Alger 1996. P.2

³¹ Gilles H. : Sécurité sociale et politiques sociales, Edition ARMAND COLIN. 3^{ème} édition, 2001, P.1

³² Yvonne L. : Droit des assurances, DALLOZ 11^{ème} édition 2001. P.4

des individus à l'égard de la société. Ainsi, la création des bureaux de charité, des bureaux de pauvres et des hôpitaux, marquait la naissance des systèmes d'assistance publique.

Faut-il souligner que « la première réponse cohérente au problème de la pauvreté venait de l'Angleterre Elisabéthaine, précurseur, avec ses lois successives donnant aux pauvres une certaine protection. La plus importante de ces lois datait de 1601 et demeurait en vigueur jusqu'en 1834»³³.

1.1.2. Durant l'ère industrielle

De nouvelles formes de travail fondaient la société économique émergente, dans cette période, contrairement à celle précédente caractérisée par l'exclusivité des travaux agricoles. L'ordre marchand instauré par cette ère a exigé la liberté des individus prolétaires pour leur permettre de répondre à la demande de travail qui ne cessait d'augmenter. Ainsi, ces individus affranchissaient tous les liens de servage et renonçaient aux éventuelles prises en charges de leurs maîtres durant les moments sociaux difficiles. Ils étaient alors, exposés à la misère de l'industrialisation naissante et le dénuement face à la maladie, l'infirmité et la vieillesse.

Avec le développement de la grosse industrie, qui a balayé les petites industries et propriétés, la population active transformée en salariés, devenait de plus en plus importante. Cette dernière, était exposée à des accidents de travail dramatiques à cause de la concentration de machines et d'ouvriers et l'imposition des durées de travail journalières très longues. Les victimes, de plus en plus nombreuses, étaient rejetées par leurs employeurs sans aucune indemnisation.

Cette condition ouvrière avait provoqué prise de conscience, organisation et luttes qui aboutirent à des mouvements de solidarité au sein de la profession et à la reconnaissance des droits des travailleurs par l'Etat.³⁴ Ainsi, les sociétés de secours mutuel étaient l'organisation la plus répandue des différents mouvements de solidarité. Basé sur un système contributif de prévoyance volontaire et une liberté de l'adhésion, ce type de société tendait à intéresser les travailleurs âgés à haut risques et de santé fragile et non les jeunes en bonne santé exposés à des risques moins élevés.

³³ Magniadas J. : Histoire de la sécurité sociale, conférence présentée le 09 octobre 2003 à l'institut CGT d'histoire sociale. In : www.hs.cgt.fr.

³⁴ Hannouz M. et Khadir M., op. cit., p.4

La reconnaissance des droits des travailleurs par l'Etat a été un déclic pour une institutionnalisation progressive des différentes formes de protection contre les principaux risques sociaux et a ouvert les portes à de nouvelles formes de protection.

1.2. Les formes nouvelles de protection sociale

La période classique de la seconde moitié du 19^{ème} siècle à la seconde guerre mondiale, sous l'effet du développement des idées et la poussée du mouvement ouvrier, voyait apparaître notamment les législations sur les accidents du travail, sur la retraite ouvrière, sur les assurances sociales et sur les allocations familiales. Et ce, dans le but de garantir la sécurité de l'homme.³⁵

1.2.1. Les accidents de travail

L'expansion du machinisme et la longueur de la journée du travail s'accompagnaient d'une forte progression des accidents catastrophiques parmi les ouvriers. Les blessés et les morts se chiffraient par dizaines voir centaines. « Ainsi, presque toutes les législations européenne de sécurité sociale nées à la fin du 19^{ème} siècle, visaient en priorité à couvrir ce risque ». ³⁶

L'écrasante majorité des législations de la réparation du dommage corporel provoqué par les accidents du travail était fondée sur la notion de faute. De ce fait, en revendiquant leurs droits, les victimes de ce genre d'accidents, étaient obligées de prouver que l'employeur a commis une faute à laquelle est rattachable ledit accident.

Pour faire face à ce problème, le législateur cherchait à trouver une solution juridique nouvelle et équitable pour la réparation des victimes d'accidents du travail. Chose qui a été réalisée par l'adoption d'une nouvelle théorie, dite du risque, considérant que la réparation d'un dommage corporel causé par un objet est à la charge de celui qui en tire profit. Abolissant ainsi la notion de la faute.

Cette nouvelle théorie du risque a été diffusée dans tous les pays industrialisés et les législations adoptées, dans ces derniers, instituait une responsabilité forfaitaire de l'employeur fondée sur la notion du risque.

³⁵ Dupeyroux J.J. et Prétot X., op. cit., p.11

³⁶ Gilles H., op. cit., p.2

1.2.2. Les assurances sociales

Les assurances sociales, qui apparaissaient comme une adaptation de la mutualité, étaient nées en Allemagne à partir de 1883. C'était au Chancelier allemand Bismarck qu'on attribuait cette idée. Inquiété par le succès de la -social démocratie- gauche, il voulait couper l'herbe sous les pieds des socialistes par cette politique sociale hardie³⁷, qui couvrait les risques maladie, invalidité, maternité, vieillesse et décès.

Cependant, cette nouvelle politique sociale était différente de la mutualité et présentait des avantages parce que ces assurances sociales étaient obligatoires et non facultatives, leur financement était assuré par des cotisations patronales et salariales, en plus de la proportionnalité entre le niveau des prestations et celui des cotisations.

Ce nouveau système de protection était adopté rapidement dans d'autres pays européens comme la France, la Grande Bretagne et la Belgique, vu sa supériorité indiscutable sur les autres formes antérieures de protection. « Et on peut dire que le passage de la prévoyance libre représentée par le système des mutuelles à la prévoyance obligatoire représentée par les assurances sociales, se situait à ce niveau de l'histoire ».³⁸

1.3. La sécurité sociale moderne

Les politiques modernes de protection sociale viennent apporter, aux anciennes protections, des efforts de protection plus généralisés et plus cohérents qui traduisent une solidarité touchant toute la collectivité et qui s'appuient sur une nouvelle notion dite « sécurité sociale ».

1.3.1. La définition de la sécurité sociale

Dupeyroux définissait le droit de la sécurité sociale comme « le droit d'une redistribution destinée à garantir la sécurité économique des individus, sous réserve que les règles juridiques auxquelles obéit cette redistribution soient des règles originales spécialement conçues pour cette redistribution ».³⁹ Ainsi, l'objectif principal qu'il faut atteindre est celui d'assurer une répartition des conséquences des risques sociaux pour garantir d'avantage la sécurité économique de chacun dans la Société.

³⁷ Dupeyroux J. et Prétot X., op. cit., pp. 14-15.

³⁸ Hannouz M. et Khadir M., op. cit., p.6

³⁹ CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001.

L'OIT, pour sa part, dans son rapport de l'an 2000 sur le travail dans le monde, définissait la sécurité sociale comme « une protection que la société assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques et ce :

- Pour compenser l'absence de revenu du travail ou une forte diminution de ce revenu dans une série d'éventualités (notamment la maladie, la maternité, l'accident du travail ou la maladie professionnelle, l'invalidité, la vieillesse, le décès du soutien de famille et le chômage) ;
- Pour assurer les soins médicaux ;
- Pour apporter une aide aux familles avec enfants».⁴⁰

Ainsi la sécurité sociale, selon l'OIT, comprenait les assurances sociales (contributives), l'aide sociale ou assistance sociale (financée par l'impôt et au bénéfice des personnes à bas revenus) et les systèmes universels (financés par l'impôt et au bénéfice de l'ensemble de la population, sous conditions de revenus ou de ressources).

1.3.2. Origine de la notion « Sécurité Sociale »

L'expression « Sécurité Sociale » est parue pour la première fois dans la proclamation du premier congrès national du parti des travailleurs Italien en 1894; puis dans un décret du conseil des commissaires du peuple de la République Socialiste de Russie le 30 octobre 1918.

Cependant, son institutionnalisation était pour la première fois aux USA en 1935 par l'adoption du Sénat de la loi du 14 août 1935(Social Security Act)⁴¹. Cette loi visait à remettre en marche l'économie américaine, bouleversée par la crise de 1929, par une prise de mesures de réformes sociales touchant la vieillesse et surtout le chômage. C'est ces mesures qui ont constitué les prémices de la conception développée, quelques temps plus tard, par Beveridge.

1.3.3. Mouvement international en faveur de la sécurité sociale

Les gouvernements des principaux Etats avaient fait de la protection sociale, leur première priorité dès le début de la deuxième guerre mondiale. L'affirmation venait, au cours de l'année 1941, de la charte de l'Atlantique des Alliés qui prônait la nécessité d'une extension de la sécurité sociale à tous. Le même principe a été rappelé en 1944 par la

⁴⁰ Rapport de l'OIT : Le travail dans le monde, 2000.

⁴¹ Dupeyroux J.J. et Prétot X., op. cit., p.18

conférence internationale de Philadelphie, puis dans la charte de l'organisation des nations unies (ONU) de 1945. Pour ensuite être, finalement, consacrée par la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948. Selon laquelle : « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale »⁴².

C'est ainsi qu'en France en 1945, en Algérie ensuite, une ordonnance institua une organisation de sécurité sociale qui avait comme principes⁴³ :

- L'unité d'organisation ;
- L'universalité d'application ;
- La gestion par les bénéficiaires selon les principes de la mutualité.

Il s'agissait dès l'origine d'un système d'assurances nationales et obligatoires, financé par les cotisations des travailleurs et des employeurs et intégrant toutes les législations antérieures de protection sociale relatives aux accidents du travail, aux assurances sociales, aux retraites et aux allocations familiales.

Cependant, ce système de protection sociale globale contre tous les risques sociaux ne se réalisait que tardivement en France et en Algérie à cause d'intérêts catégoriels essentiellement.

Actuellement, la sécurité sociale jouit d'une organisation qui garantie à la population protégée, la prise en charge des soins de santé ou le remboursement et assure un revenu de remplacement aux travailleurs qui doivent cesser leurs activités professionnelles du fait de la maladie, de la maternité ou de l'accident. Elles octroient des pensions aux travailleurs âgés ainsi à leurs ayants droits survivants. Elle participe à la prévention des accidents et de la maladie et conduit des actions en matière de la réhabilitation fonctionnelle et de rééducation professionnelle des malades et accidentés. Elle compense les charges familiales.

En redistribuant horizontalement des revenus à travers un transfert entre les biens portants et les malades, les actifs et les inactifs, les célibataires et les chargés de familles, la sécurité sociale concrétise une véritable solidarité nationale.

⁴² Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948.

⁴³ Hannouz M. et Khadir M., op. cit., pp. 7-8.

2. Le commencement de l'assurance maladie

C'est dans le langage juridique américain qu'a été utilisé pour la première fois le concept de sécurité sociale. En effet, le 14 août 1935, une loi intitulée "Social Security Act" a vu le jour⁴⁴, impliquant ainsi, la consécration juridique de ces termes. Ainsi, au début du XX^e apparaît une assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des ouvriers⁴⁵.

Toutefois, l'Allemagne et la Grande-Bretagne ont été les deux pays précurseurs dans la mise en œuvre des mécanismes d'assurance maladie et de la sécurité sociale. Apparues pour la premières fois dans les pays de l'Europe occidentale, les différentes formes d'assurance maladie ont franchi, par la suite, les frontières européennes pour s'étendre sur la plupart des pays du monde.

2.1. Le modèle Bismarckien

En raison de l'industrialisation et de l'appauvrissement des populations ouvrières urbaines au 19^{ème} siècle, le chancelier allemand Bismarck a initié l'introduction d'un système d'assurance maladie à partir de 1883⁴⁶. Ce système est de type libéraliste - redistributif et égalitariste-progressif⁴⁷. En effet, ce système est supposé égalitariste du moment où l'assurance est obligatoire et du fait que la couverture s'étend à tous les ayants droit. Le caractère redistributif renvoie à l'existence de la solidarité entre les bien-portants et les malades. Les caractéristiques essentielles de ce modèle sont : l'institution d'une assurance obligatoire ; son caractère professionnel ; le financement assuré par des cotisations proportionnelles au revenu.

2.2. Le modèle de Beveridge

L'intensité de la rivalité entre prolétariat et bourgeoisie a poussé à l'apparition des révoltes de classes ouvrières, notamment celle des Midlands 1811-1816, qui ont abouti à la constitution de la première charte ouvrière fondée à Londres.⁴⁸

De plus, en raison de la situation économique et sociale que vivait l'Angleterre au lendemain de la crise de 1929 où l'état de pauvreté est devenu de plus en plus visible, le

⁴⁴ The Social Security Act, août 1935. In www.nationalcenter.org

⁴⁵ Paret H. : L'économie des soins médicaux, les Editions Ouvrières, Paris, 1978. p. 92.

⁴⁶ Iardella E. et alii : Sciences humaines et sociales, éd. Masson, 2^{ème} édition, 1998, p.62.

⁴⁷ Rameix S. : Théorie de la justice sociale et système de santé, actes et colloques : Diversité des systèmes de santé occidentaux, l'harmonisation impossible, John Libbey Eurotext éditeur, 2001, p.5

⁴⁸ Moreau R. et Teyssou R. : L'assurance maladie au risque de la mondialisation, éd. L'Harmattan, 2008.

gouvernement britannique a vu indispensable l'institution d'un système national de santé assurant des soins gratuits à tous les résidents britanniques. Cette mission a été confiée au Lord Beveridge qui dirigea à partir de 1941 une commission parlementaire chargée de proposer un système de sécurité sociale⁴⁹. Alors, 1942, il déposait son rapport qui traduisait un profond renouvellement des conceptions en matière de « protection sociale » où il proposait une nouvelle politique sanitaire et définissait les fondements de la sécurité sociale.

En effet, le rapport suggérait l'élimination de la pauvreté dans la société moderne par la garantie des moyens de l'existence à tout individu. Alors, Beveridge proposait à son gouvernement, par le biais de la planification, de⁵⁰ :

- Couvrir toute la population, sans distinction de classe ou de profession, par le système de sécurité sociale ;
- Prendre en charge tous les risques susceptibles de diminuer ou de réduire la capacité de gain à l'instar du chômage, de la maladie, des blessures, des infirmités, de la vieillesse, des charges de famille, ...etc.
- Abandonner tous les mécanismes traditionnels de l'assurance.
- Nationaliser la médecine.

A la différence du modèle de Bismarck, celui de Beveridge couvre un nombre d'individus plus important. Les prestations fournées, dans ce modèle, sont assurées et financées par les impôts qui ont une capacité de financement plus forte et plus consistante que celle des cotisations sociales. Ainsi, ce modèle est caractérisé par l'universalité et l'uniformité des prestations et la gestion par un seul système.

Par la suite, la majorité des systèmes de sécurité sociale et d'assurance maladie mis en œuvre dans l'ensemble des pays du monde, sont inspirés par ces deux modèles. En général, ils optent à faire une combinaison entre ces deux systèmes selon les besoins et les spécificités de chaque pays.

3. L'assurance maladie obligatoire et ses principaux fondements

L'assurance maladie obligatoire est l'une des méthodes principales et efficaces de financement de la santé. Elle est un instrument efficace pour garantir la gestion du risque

⁴⁹ Funk J.F. : Droit de la sécurité sociale, Larcier éd, 2006, p.10

⁵⁰ Hannouz M. et Khadir M., op. cit., p.7

maladie en mobilisant des ressources et en réduisant le poids financier de la couverture maladie. Sa mise en place s'explique par l'importance de la santé publique dans la vie des individus et par les dégâts que peu engendrer la maladie dans la société. Nous présenterons ci-dessous, différentes conceptions que font quelques institutions internationales de l'assurance maladie et les principaux fondements de cette dernière.

3.1. Le concept d'assurance maladie

Le concept d'assurance maladie a été le sujet d'étude et de recherche de plusieurs institutions internationales. Ces dernières ont essayé de donner et d'offrir une variété d'approches de ce concept.

Pour l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), l'assurance maladie regroupe d'une part les risques de santé de ses affiliés et d'autre part les cotisations des ménages, des entreprises et des pouvoirs publics⁵¹. Ainsi, l'OMS insiste sur le rôle de l'assurance maladie dans la conciliation entre les capacités financières actuelles et les besoins sanitaires futurs et entre les agents à capacité de paiement et ceux à besoin de paiement.

L'Organisation Internationale du Travail (OIT), estime que l'assurance maladie est un ensemble de mesures publiques à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains.⁵² Cette définition appuie et soutient l'idée du caractère obligatoire de l'assurance maladie en sa qualité d'institution étatique dont les bénéficiaires sont les habitants de tous pays.

L'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), voit l'assurance maladie comme un bien de consommation collectif caractérisé par son indivisibilité et sa non-exclusion.⁵³ Le caractère indivisible de l'assurance maladie relève de la non rivalité dans sa consommation, c'est-à-dire qu'un individu qui consomme une des prestations d'assurance maladie ne prive pas les autres de les consommer. Quant à la non-exclusion de l'assurance maladie, elle renvoie au fait qu'elle soit à la disposition de tous car la non exclusivité des bénéfices interdit une production selon le critère de rentabilité.

⁵¹ OMS : Social health insurance : key factors affecting the transition towards universal coverage, OMS, Genève, 2005,p. 3. In www.who.int

⁵² OIT : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, OIT, août 2007, p. 5. In www.ilo.org

⁵³ Unesco : l'économie éthique publique, l'organisation des nations Unies publishing, paris, 2003, p.19. In www.unesco.org

La Banque Mondiale définit l'assurance maladie comme étant une politique et une action publique visant à aider les individus à mieux gérer le risque et à fournir un appui aux personnes extrêmement pauvres⁵⁴. Cette définition rejoint celle de l'OIT du fait que toutes les deux attribuent un caractère public à l'assurance maladie, ce qui va avoir pour conséquence la centralisation de l'organisation dans le but d'assurer le bien-être de tous les individus.

Alors, les organisations internationales ont évoqué plusieurs approches du concept assurance maladie. Il s'agit ici de préciser ce que chacune d'elles voit et comprend de ce concept, soit : un mode de financement des dépenses de soins ou une organisation englobant des caisses et des personnes morales autonomes gérant un service public ou encore un mode de pilotage et d'organisation comprenant des conseils d'administration, composés pour l'essentiel de partenaires sociaux.

3.2. Les principes de l'assurance maladie

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

3.2.1. La solidarité

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

Dans les anciennes sociétés, les populations faisaient du lien familial un moyen de se prémunir contre les aléas du futur et pensaient que la meilleure manière de ce faire était d'avoir beaucoup d'enfants. Ce qui assurait une solidarité intergénérationnelle au sein d'une même famille. De plus, Bichot J. précise que l'individu est d'abord pris en charge par sa famille, s'il en a une ; si cette protection rapprochée lui fait défaut ou s'avère insuffisante,

⁵⁴ www.bankworld.org

alors interviennent les solidarités organisées par les paroisses.⁵⁵ Cela montre que la solidarité de l'église existait aux côtés de la solidarité familiale à cette époque.

Basée sur la mise en commun des risques, le principe de la solidarité est à la fois éthique et économique. Ainsi, en insistant sur les qualités de ce principe, Béjean S. le définit comme une conception redistributive et un droit reconnu pour tous grâce au caractère obligatoire de la protection du risque maladie. De son côté, Kessler D. précise qu'il valait mieux une situation où tout le monde se protège tout en protégeant les autres, qu'une situation où certains se protègent et sont, en outre, tenus de protéger ceux qui ne le font pas.⁵⁶

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

3.2.2. L'équité

Représentant une dimension récente de recherche en économie de la santé et d'assurance maladie, l'équité constitue un objectif majeur. Cependant, elle a suscité beaucoup de débats et de controverses auprès des économistes qui considèrent que toute proposition sur l'équité est un jugement de valeur⁵⁷. En effet, le concept d'équité n'est ni simple, ni clair, son caractère purement éthique est d'une grande ambiguïté car il relève uniquement de champ de la philosophie et de l'économie normative.

Jourdain A. pense que l'équité tire son origine des inégalités apparues entre les différents groupes de revenus en matière de soins de santé, il va jusqu'à correspondre l'équité à l'égalité dans la moyenne des dépenses par habitant entre les différentes classes sociales⁵⁸. Selon lui, les individus doivent avoir accès à un minimum incompressible de soins de santé et le traitement ne doit pas être uniquement le revenu mais également les besoins réels de soins.

Selon Jourdain A., on peut distinguer deux types d'équité : l'équité verticale qui s'apparente à l'équité du monde de financement des soins de santé et l'équité horizontale qui correspond à l'équité du monde de distribution des soins de santé. La première, fait référence

⁵⁵ Bichot J. : L'économie de protection sociale, éd. Collin , 1992, p.158

⁵⁶ Kesler D. : L'avenir de la protection sociale, Editeur Plon, Paris , 1999. In Béjean S. : Economie du système de santé, éd. Economica, Paris, 1994, p. 91.

⁵⁷ Schneider –Brunner C. : Equité et économie de la santé : Entre positivité et normativité, acte des XIX^e journées des économistes de la santé français : Dix ans d'avancées en économie de la santé, éd. John Libbey Eurotext, Lille, 1997, p.62

⁵⁸ Jourdain A. : Equity of a health system, European journal of public health n ° 2, volume 10, Oxford University press, p.140. In www.eurpub-oxfordjournals.org

au principe selon lequel la somme payée par les agents pour leurs soins doit reposer sur leur capacité contributive plutôt que sur leur utilisation de système de soins, elle s'appuie sur le fait que les ménages contribuent au système de santé sur la base de leur capacité de paiement. Tandis que l'équité horizontale désigne la distribution des services de santé disponibles à toute la population sur la base des besoins, c'est donc l'état de santé qui prime dans ce second type d'équité.

L'équité apparaît également comme un moyen spécifique d'attendre l'efficience tout en produisant une justice sociale. Ainsi, il convient de définir l'équité à travers ces instruments de mesure. Ces instruments sont les suivants :⁵⁹

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

Il est primordial, selon cette approche, d'opter pour des évaluations fréquentes afin de pouvoir déterminer le degré d'équité pour chaque pays. Il ne s'agit pas de faire un choix entre ces trois instruments de mesure mais d'essayer de les coordonner afin d'attendre un certain niveau d'efficacité. Cependant, selon Bras P. L., l'équité et l'efficacité sont traditionnellement opposées car les gains en matière d'équité se traduisent par des pertes en efficacité.⁶⁰ En effet, l'efficacité implique la maîtrise des dépenses d'assurance maladie alors que l'équité stipule la prise en charge des malades et des assurés en fonction de leurs besoins, ce qui implique des dépenses, de plus en plus, importantes.

3.2.3. L'universalité

Le principe d'universalité implique que l'assurance maladie veillera à couvrir le maximum d'individus de la société. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) a été la première à introduire ce principe en énonçant que les services de soins médicaux devraient

⁵⁹ Kaïd Tlilane N. : le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants, Thèse de Doctorat D'Etat E S Sciences Economiques, Université d'Alger 2003. P. 8

⁶⁰ Bras P. L. : Financement des soins, pris en charge de la maladie, traité de santé publique, éd Flammarion, Paris 2004 ,p.156.

englober tous les membres de la communauté qu'ils exercent ou non une occupation lucrative.⁶¹

Selon l'OMS, les systèmes de financement de la santé veillent à ce que des fonds soient disponibles et établissent les mesures d'incitation financières appropriées pour les prestataires, afin que toute la population puisse accéder à des services de santé publics et individuels efficaces.⁶² Dans ce sens, un système d'assurance maladie universelle adéquat devra offrir des services accessibles à tous et ce en générant des ressources financières suffisantes et pérennes pour la santé.

Le principe d'universalité se raccorde à la notion d'accessibilité qui correspond à l'absence d'obstacles financiers à l'accès à des services de santé pour les individus. L'Organisation Mondiale de la Santé a orienté ses travaux dans ce sens, en prônant que l'accessibilité financière devrait être définie en relation avec la part maximum du coût de soins de santé nécessaires par rapport au revenu total du ménage moins les dépenses de subsistance.

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

III. ASPECT ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE ET SES LIMITES

Cette section a pour objectif : d'abord, d'analyser les différentes conceptions de l'assurance maladie à la lumière des théories économiques ; ensuite, de tenter de mieux comprendre son apport en matière d'utilité au niveau individuel et collectif et ce à travers son étude micro-économique ; et enfin, de mettre en évidence ses différentes difficultés rencontrées et ses limites.

1. Conception de l'assurance maladie par les différents courants économiques

Le système d'assurance maladie a une influence importante sur les niveaux social et économique de chaque pays. Ainsi, différentes analyses ont été avancées par les différents courants économiques et qui sont réparties en quatre approches distinctes :

⁶¹ OIT : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, op. cit.

⁶² OMS : Assurance maladie universelle, OMS, Genève, Avril 2004, p. 1. In www.who.int

1.1. L'approche néo-classique

En tant que bien qui concerne toute la collectivité, l'assurance maladie a toujours été un sujet d'analyses et d'études dans la théorie néo-classique. Ainsi, A. Smith estime que les biens publics ne peuvent pas être fournis par le marché et qu'ils doivent être assurés et gérés par les pouvoirs publics.⁶³

De son côté, l'Organisation des Nations Unis pour l'Education, la Science et la Culture, précise que l'Etat doit favoriser l'expression des préférences collectives et défendre l'idée de la conciliation entre le bien-être individuel et collectif. En d'autres termes, c'est d'opter pour un système efficace où l'état de santé global est favorisé à celui d'un seul individu, par conséquent, le bien-être national sera maximisé sur les plans économique et social.

La production et le financement de l'assurance maladie, dans la théorie néo-classique, font l'objet de plusieurs interrogations. L'individu est disposé à payer la cotisation en ne prenant en compte que l'avantage qu'il en tire personnellement. Toutefois, l'assurance maladie se heurte au phénomène de « passager clandestin » qui apparaît lorsque l'individu annonce une disponibilité à payer nulle (c'est-à-dire qu'il n'est pas prêt à s'acquitter de la cotisation), tout en souhaitant bénéficier des prestations d'assurance maladie.⁶⁴ Donc, ce comportement de certains individus constitue une attitude immorale. Toujours dans ce sens, Béjean S. parlera de préférences individuelles cachées qui s'expliquent par le fait que cet individu compte sur l'honnêteté d'autrui qui, par leur affiliation à la sécurité sociale, permettent de dégager les fonds nécessaires pour accorder les remboursements adéquats.

1.2. L'approche Marxiste

En favorisant toujours l'aspect social au détriment du capital, Karl Marx voit de la sécurité sociale et l'assurance maladie la contrepartie nécessaire de l'exploitation capitaliste. En fait, dans la philosophie marxiste, l'étude se base toujours sur une analyse des formes et des rapports de production avec les rapports sociaux.

La fonction redistributive de l'assurance maladie permet de réduire les inégalités sociales et de faire taire les revendications sociales qui pourraient causer un désordre total si elles seraient exprimées de manière radicale. Alors, la socialisation des conditions générales

⁶³ Unesco, op. cit., p. 19

⁶⁴ Idem.

de production, prévalant dans les économies développées, a conduit l'Etat à s'efforcer de réguler les contradictions inhérentes au mode de production capitaliste en mettant en place un dispositif de protection sociale.⁶⁵

1.3. L'analyse keynésienne

Contrairement à Marx qui insiste sur l'aspect redistributif de l'assurance maladie, Keynes quant à lui, voit d'elle un instrument de régulation macro-économique. En fait, pour lui, l'assurance maladie fournit des prestations permettant d'avoir une force de travail en bonne santé, pouvant revenir plus rapidement sur le marché. Ce qui constitue un moyen pour les travailleurs d'augmenter la productivité économique d'une part et de maintenir leurs revenus, à travers les indemnités journalières, d'autre part.

De plus, Keynes voit la nécessité de l'intervention de l'Etat pour faire face aux différentes crises économiques, du moment où les marchés ne sont pas en mesure de le faire.⁶⁶ Ainsi, en se basant sur la demande effective qui vise à relancer l'activité économique, l'Etat doit accroître les dépenses publiques afin de pouvoir améliorer le pouvoir d'achat des ménages et de fournir des débouchés aux entreprises. Alors, le rôle de l'Etat ne se limite plus qu'à la protection « Etat gendarme » mais son champ d'action s'est élargie dans la vie économique et sociale pour réduire les inégalités et protéger les plus défavorisés « Etat providence ».

1.4. L'approche libérale

Pour la pensée libérale, offrir trop de protection sociale est très nuisible à la fluidité du marché du travail et le dynamisme de ce dernier ne peut être entretenu que par une flexibilité maximale au gré des employeurs. En fait, les partisans de ce courant manifestent une opposition atroce à tout mécanisme d'aide qui vise la compensation des risques sociaux et reprochent aux différentes formes de solidarité et d'assistance aux démunis, l'entraînement d'une diminution des salaires et une augmentation du chômage.

De plus, les partisans de ce courant voient que le caractère obligatoire de l'assurance maladie est en opposition avec les principes de l'idéologie libérale. En fait, pour eux, la redistribution et la solidarité représentent une forme de l'autoritarisme moral et individuel qui

⁶⁵ Epiter J.P. et leuteurtre H. : La protection sociale et son financement, éd. Vuibert, 1995 p.124

⁶⁶ Fremicourt M. et Palier B. : Quel avenir pour la protection sociale dans une Europe élargie, Conférence n°16, p.2. In www.ucanss.fr

bloque la mobilisation des énergies et tue la motivation et l'ambition individuelle. Dans ce sens, Funk J.F. estime que le principe fondamental de toute société est que chaque individu doit se charger de subvenir lui-même à ses besoins et à ceux de sa famille par ses propres ressources, sans ce principe, toute activité cesserait dans une société. En effet, si l'individu pouvait compter sur un autre travail que le sien pour subsister, il s'en reposerait volontiers sur autrui des soins et des difficultés de la vie.⁶⁷

Les partisans du libéralisme justifient leur opposition à tout système d'assurance maladie par le fait que la réduction de la part patronale des cotisations sociales lutte contre le chômage, en créant de l'emploi, et améliore la compétitivité des entreprises. Au contraire, une taxation excessive décourageait l'offre de travail et entraînerait des comportements de fuite à l'égard des activités taxables, engendrant une extension de la fraude est du travail clandestin. L'économiste néo libéral américain Laffer démontre, par sa fameuse courbe, que le taux de cotisation était favorable jusqu'à certain niveau de croissance, mais qu'après avoir atteint un optimum, il serait alors défavorable à l'entame de la décroissance⁶⁸.

2. L'aspect microéconomique de l'assurance maladie

L'assurance maladie obligatoire offre un type de protection qui correspond à une justice sociale qui allie certains aspects de la logique assurancielles (acquisition des droits) avec ceux d'une logique de la solidarité (conception redistributive, droits reconnus pour tous grâce au caractère obligatoire de la protection du risque maladie). Elle ne se substitue pas entièrement aux autres modes de protection, mais il serait également difficile de la remplacer par des systèmes de protection alternatifs. Cette difficulté provient des raisons économiques. En fait, en se référant aux deux idéaux-types de protection que sont la protection volontaire contractuelle et la protection obligatoire, les économistes montrent que le premier, fondé sur le libre fonctionnement des mécanismes de marché, n'est pas optimal au sens de Pareto. C'est pourquoi, ils considèrent la couverture du risque maladie par une protection obligatoire du type Sécurité Sociale comme le meilleur moyen d'accroître le bien-être individuel et collectif.

L'analyse microéconomique de l'assurance maladie conduit à considérer que l'état de santé de l'individu est un argument de sa fonction d'utilité. En effet, l'économiste considère que la notion de bien-être renvoie au concept de fonction d'utilité et l'économiste de la santé considère, quant à lui, que l'état de santé détermine le bien-être des individus. Or la maladie

⁶⁷ Funk J.F., op. cit., p.14

⁶⁸ Mills C. : Protection sociale : Economie et politique, débats actuels et réformes, éd. Montchrestin, 2001, p. 91

est un phénomène altérant à ce bien être. Ainsi, nous essayerons d'étudier l'effet que peut avoir la maladie et l'assurance maladie sur la fonction d'utilité, au niveau individuel et collectif, dans un cadre théorique « welfariste » et de mettre en évidence les effets redistributifs de l'assurance-maladie.

2.1. Les hypothèses

Pour pouvoir formaliser le concept d'utilité en matière d'assurance maladie, la micro-économie, comme toute autre science, s'aide d'un certain nombre d'hypothèses. Pour cela, nous avons opté pour les quatre principales hypothèses suivantes⁶⁹ :

- Il existe N individus, repérés par l'indice i ($i=1, N$), qui diffèrent par leur niveau de richesse brute W_i . La richesse brute définit les possibilités maximales de consommation, capacité d'emprunt comprise. La richesse est supposée distribuée de façon uniforme sur l'intervalle $[0, W]$, W étant la richesse brute maximale ($W_i \leq W, \forall i$).
- Ces individus sont soumis au risque p d'une maladie chronique invalidante, qui est un pur aléa indépendant de la richesse brute W_i . Cette maladie peut être guérie définitivement et instantanément par un geste médical unique (un acte chirurgical par exemple) dont le coût est M . Sans ce geste, le patient demeure malade durant le reste de sa vie.
- Les individus dépensent leurs revenus (richesses) soit pour acquérir le bien médical quand ils sont malades, soit pour se procurer un bien de consommation composite quand ils sont en bonne santé.
- Chaque individu possède une même fonction d'utilité, qui est toutefois différente dans l'état de maladie et dans l'état de bonne santé. Les indices d'utilité sont mesurables et comparables entre les individus.

2.2. Théorie d'utilité et du bien-être

Dans le domaine de l'assurance maladie, la théorie du bien-être cherche à connaître le degré d'utilité que peut procurer l'assurance à l'assuré. Le modèle théorique welfariste de l'assurance maladie, stipule que la fonction d'utilité de l'individu diffère selon qu'il soit malade ou non et selon qu'il soit assuré ou non. Ce modèle distingue entre les utilités individuelles et l'utilité collective.

⁶⁹ Le Pen C. : Health Insurance, access to Care and Income Redistribution, cahier n°2002-09, Eurisco-Legos, Paris, mai 2002, p.4. In www.dauphine.fr/eurisco.

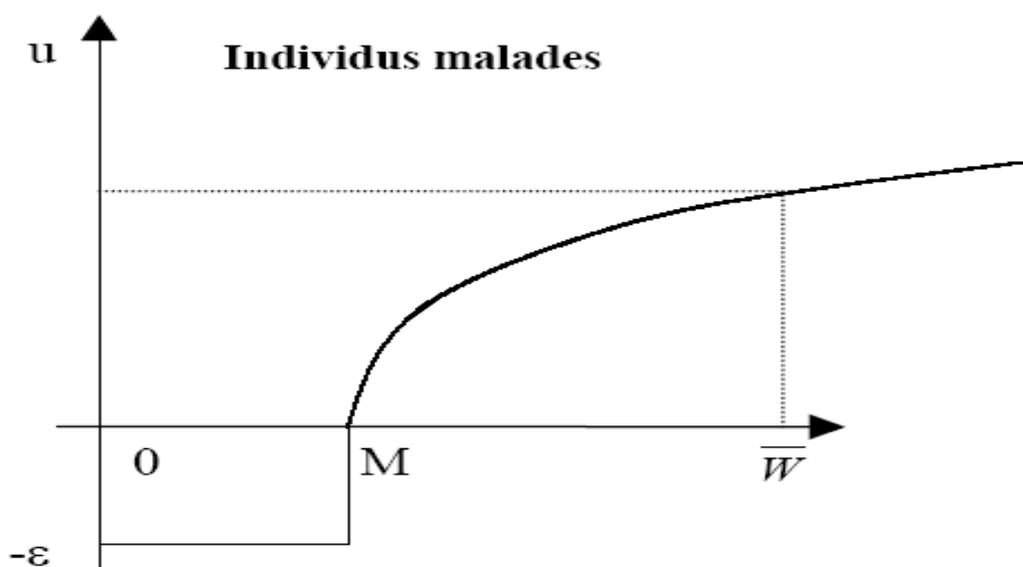
2.2.1. Les utilités individuelles

Le bien-être d'un individu dépend de son revenu c'est-à-dire de sa capacité d'acquérir des biens et des services avec ce revenu (pouvoir d'achat). De plus, la dégradation de l'état de santé de l'individu fait diminuer son revenu et influence ainsi son utilité. Deux cas de figure se présentent alors :

2.2.1.1. Le cas d'un individu malade

Dans l'état de maladie, si le patient n'a pas les moyens financiers de se soigner, il reste malade et subit une désutilité constante $U_i = -\varepsilon$ ($\varepsilon > 0$). Cette désutilité est indépendante du niveau de richesse (elle n'est pas fonction du revenu). La maladie empêche en effet toute consommation normale et le niveau de richesse est insuffisant pour financer les soins. Si le malade a les moyens de se soigner, il guérit instantanément et son utilité dépend de son revenu disponible, soit le revenu brut W_i moins le coût des soins M . On a donc dans ce cas : $U_i = U(W_i - M)$. Alors, dans le cas de la maladie, l'utilité est égale à $(-\varepsilon)$ pour tous les individus ne pouvant avoir accès aux soins ($W_i < M$). Elle croît avec le revenu disponible pour les autres. La fonction d'utilité est la même pour tous les agents. Seuls diffèrent leur revenu brut (cf. schéma 8).

Schéma 8: L'utilité individuelle pour un individu malade

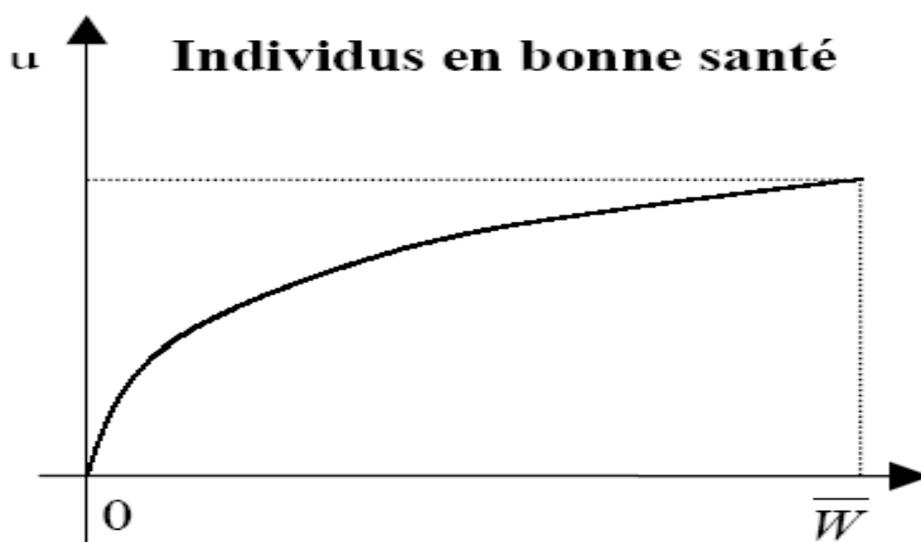


Source: Le Pen C.: Assurance-maladie, accès aux soins et redistribution, cahier n° 2002-09, Eurisco-Legos, Paris, Mai 2002, p. 4. In www.dauphine.fr/eurisco.

2.2.1.2. Le cas d'un individu en bonne santé

Lorsque l'individu n'est pas malade, son utilité dépend de son revenu brut total : $U_i = U(W_i)$. Ainsi, cet individu, en bonne santé, n'aura pas à payer les coûts de soins et consacrer son revenu à d'autres consommations (habillement, éducation, alimentation, etc...); ce qui va accroître son utilité. Alors, dans ce cas, l'utilité ne dépend que du revenu brut et croît avec ce dernier.

Schéma 9: L'utilité individuelle pour un individu en bonne santé.



Source: Le Pen C.: Assurance-maladie, accès aux soins et redistribution, cahier n° 2002-09, Eurisco-Legos, Paris, Mai 2002, p. 4. In www.dauphine.fr/eurisco.

2.2.2. L'utilité collective

Selon une hypothèse du modèle walfariste, il existe une fonction d'utilité collective de type «benthamienne» qui est égale à la somme non pondérée des utilités individuelles⁷⁰. Le Pen C. (2002) a formulé l'utilité collective selon qu'il existe ou non une assurance-maladie.

2.2.2.1. Sans assurance maladie

Le bien-être total de la population (utilité collective), calculé sur les différents niveaux de revenus distribués de manière uniforme, est égal à :

⁷⁰ Le Pen C.: Assurance-maladie, accès aux soins et redistribution, op. cit.

$$W_{NA} = (1 - p) \cdot \int_0^{\bar{W}} U(x) \cdot dx + p \cdot \left[\int_0^M -\varepsilon \cdot dx + \int_M^{\bar{W}} U(x - M) \cdot dx \right]$$

Nous remarquons que nous sommes face à deux termes. Le premier représente l'utilité des non malades, et le second celle des malades. Cette dernière est la somme de la désutilité des individus dont le revenu brut des ménages ne permet pas de financer les soins, et de l'utilité des autres, qui est fonction de leur revenu résiduel. Après un simple réarrangement des termes, l'équation devient :

$$W_{NA} = \int_0^{\bar{W}} U(x) \cdot dx - p \cdot \left[\int_0^M \varepsilon \cdot dx + \int_0^M U(x) \cdot dx + \int_M^{\bar{W}} (U(x) - U(x - M)) \cdot dx \right]$$

Cette formulation permet d'identifier les sources de la perte de bien-être total, par rapport à l'état sans maladie, qui figurent dans le terme entre crochets, soit :

1. La désutilité des malades trop pauvres pour avoir accès aux soins et qui restent donc malades.
2. La perte d'utilité de ces malades pauvres qui ne peuvent tirer bénéfice de leur revenu : il est insuffisant pour financer les soins et la maladie les empêche de le consommer «normalement» ;
3. La perte d'utilité subie par les patients « riches » ayant été malades dont une partie du revenu brut a été affectée au coût des soins, échappant ainsi au financement de leur consommation usuelle.

2.2.2.2. Avec assurance maladie

Le Pen suppose qu'il existe une assurance maladie obligatoire équitable qui permet à tous les individus malades, quelque soit leur niveau de revenu, d'avoir accès aux soins et être tous guéris et bien portants, par définition du traitement. De ce fait, la fraction des individus, qui ont des revenus faibles inférieurs à la prime d'assurance (cotisation = m), bénéficiera d'une couverture maladie gratuite dont le coût est socialisé. Quant à la fraction des individus ayant des revenus supérieurs ou égaux à la cotisation (m), elle bénéficiera d'une couverture maladie sous la condition de payer la cotisation. Alors, Le bien-être de la collectivité est donc égal à :

$$W_A = \int_0^m U(x).dx + \int_m^{\bar{W}} U(X - m).dx$$

Le premier terme représente le bien-être des individus exonérés du paiement de la cotisation et qui sont pris en charge par l'assurance et le second terme concerne les individus qui bénéficient de la couverture d'assurance maladie tout en payant la cotisation. Ainsi, on interprète l'utilité collective, en présence d'assurance maladie, comme suit :

Les malades pauvres sont les principaux bénéficiaires de l'assurance-maladie. Du fait que cette dernière leur procure un double gain en utilité. D'abord, l'assurance leur permis d'enregistrer un gain d'utilité « physique » lié au retour à la bonne santé car pour eux elle est le seul moyen d'éviter l'état de maladie. Ensuite, grâce à cette bonne santé, ils retrouvent leur capacité de consommation. De leur coté, les malades riches tirent également un bénéfice de l'assurance maladie. En fait, au lieu d'acquitter le coût des soins (M), ils ne payent que la prime d'assurance (m), soit un gain de l'ordre de (M - m). Cependant, l'assurance maladie n'est pas profitable pour les riches non malades qui seront appelés à payer la cotisation sans en bénéficier du service ; ce qui représente pour eux une perte d'utilité d'ordre de (-m). Pour la partie des pauvres non malades qui ont la capacité de payer la cotisation, une perte légère de l'utilité sera enregistrée, ce qui diminuera leur revenu net.

Globalement, la légère perte d'utilité des riches et des pauvres non malades est largement compensée par le gain d'utilité des riches et des pauvres malades. Par conséquent, l'assurance maladie de type publique et obligatoire améliore sans doute très significativement le bien-être de la collectivité, celui des pauvres bien entendu, mais également, celui des individus « riches » et malades. Donc, elle entraîne un double transfert : des bien-portants (riches ou pauvres) aux malades et, globalement, des riches aux pauvres. Elle élève certes la consommation médicale mais elle contribue à améliorer le bien-être collectif.

2.3. Les limites de l'analyse microéconomique de l'assurance maladie

L'efficacité microéconomique de l'assurance maladie réside dans sa capacité de procurer le maximum d'utilité au maximum d'individus par rapport à une situation d'absence d'assurance maladie. Il convient donc de maximiser la qualité des soins pour le plus de personnes possibles en leur garantissant un coût minimum.

Cependant, l'analyse microéconomique est limitée car elle ne prend pas en compte l'impact global de la maladie sur l'utilité de l'individu. En effet, la désutilité liée à la maladie peut provenir

- En plus de la douleur physique, il existe une autre douleur qui est psychologique. Cette dernière représente la capacité morale d'un individu de faire face à sa maladie et de s'y adapter en cas de nécessité. Cependant, l'assurance maladie ne prend en compte que l'environnement dans lequel il vit.
- De plus, une perte de santé n'est pas toujours réversible car, dans certains cas, différentes maladies ne sont pas guérissables. Cette situation implique qu'une intervention de l'assurance maladie serait inutile car elle procurerait une utilité nulle.

3. Difficultés rencontrées par l'assurance maladie

L'ignorance du futur, l'incertitude pesant sur l'état de santé, la demande de soins et la qualité de ces soins sont, pour des individus ayant de l'aversion vis-à-vis du risque, sources d'inefficacité dans la mesure où ces individus sont prêts à payer pour diminuer cette incertitude. Le développement des organismes d'assurance répond à ce phénomène mais reste cependant insuffisant pour garantir l'ensemble des risques auxquels les individus peuvent être confrontés. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la santé où l'assurance ne prend en charge qu'une composante monétaire de ce risque et opère dans un contexte d'asymétries d'information prononcé.⁷¹ Par conséquent, les asymétries d'information peuvent être à l'origine des phénomènes d'anticipation imparfaite des risques, de sélection des risques (sélection adverse) et d'aléa moral du côté des assurés ; ce qui peut causer un dysfonctionnement du marché de l'assurance.

3.1. Anticipation imparfaite des risques

Il s'agit ici de montrer que l'anticipation des risques par les individus est imparfaite dans la mesure où elle est conditionnée par leur horizon temporel, leur degré d'aversion au risque ainsi que par l'information dont ils disposent pour évaluer ces risques.

En fait, le recours à un système de protection volontaire contractuelle présuppose que les individus, dotés d'une rationalité substantielle étendue, soient capables d'anticiper correctement, dans le cadre d'un horizon temporel très long, à la fois leur niveau de risque

⁷¹ Arrow K.J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review, 53(5), 1963. pp. 941-973.

individuel mais aussi l'étendue du dommage causé par l'occurrence de l'événement assuré. Dans un environnement parfait, la convergence des comportements individuels doit alors mener à une situation optimale : les individus confrontés à des situations incertaines sont amenés à se protéger de façon volontaire en faisant appel aux services des assurances privées fonctionnant sur des marchés également supposés parfaits⁷². Cependant, dans la réalité, certaines hypothèses qui conditionnent l'optimalité et l'équilibre résultant de la confrontation de ces comportements ne sont pas réalisées et sont remises en cause⁷³.

3.1.1. Information parfaite

Dans la réalité, l'information détenue par les individus est incomplète. C'est pourquoi cette hypothèse, d'information parfaite des individus quant aux diverses variables clés leur permettant d'effectuer les choix qui assureront l'optimalité, est remise en question. En fait, les individus ignorent l'ensemble des risques auxquels ils sont soumis, ainsi que la nature de ces risques. Alors, en connaissant pas les probabilités objectives d'occurrence de ces risques, ils fondent leur demande de protection sur une estimation subjective de ceux-ci. La maladie est caractérisée par une incertitude qui provient d'une origine biologique mais comportant aussi des aspects économiques et sociaux indissociables des dimensions psychique et sociale du besoin de santé. Alors, les risques peuvent être endogènes ou exogènes aux comportements des individus et certaines maladies peuvent être dépendantes de ces derniers. Par ailleurs, certains risques sont réversibles, c'est le cas de la plupart des maladies, alors que d'autres sont irréversibles, c'est le cas du handicap. De ce fait, les individus anticipent les risques en se référant à la fréquence de ces derniers et à leur degré de réversibilité. Ainsi, ils anticipent mieux les maladies qui ont une apparition régulière au détriment de celles qui sont rares. En sous-estimant ces risques, les individus ne pourront pas faire face aux dépenses induites par l'occurrence de la maladie. Dans ce sens, Kessler (1986) énonce qu'il existe donc un déséquilibre entre la demande individuelle de protection et le besoin réel de protection correspondant aux probabilités objectives d'occurrence des risques. C'est ce déséquilibre que la Sécurité Sociale est censée résorber⁷⁴. L'auteur souligne alors que les pouvoirs publics ont une connaissance plus large à la fois des probabilités objectives des risques, de leur

⁷² Béjean S : Economie du système de santé, éd. Economica, Paris, 1994. p. 82.

⁷³ Kessler D. : Sur les fondements économiques de la sécurité sociale, Revue Française des Affaires Sociales, n°1, pp. 97-113.

⁷⁴ Kessler D. : Sur les fondements économiques de la sécurité sociale, Revue Française des Affaires Sociales, n°1, p. 106.

distribution et de leur évolution, mais surtout qu'ils ont une meilleure connaissance du risque d'occurrence des événements rares et irréversibles.

3.1.2. Horizon temporel très long

Dans un marché concurrentiel de l'assurance, les individus doivent avoir un horizon temporel très long pour assurer l'optimalité. Or, dans la réalité c'est tout à fait le contraire. En fait, les individus accordent plus d'importance aux événements susceptibles de se réaliser dans un avenir proche que lointain. Dans le cas de la maladie, les individus anticipent imparfaitement les dépenses de santé auxquelles ils risquent de devoir faire face aux périodes ultérieures de leur vie et, en particulier, au cours de leur vieillesse. De plus, même lorsqu'ils anticipent correctement ces risques, ils font preuve d'une préférence pour le présent qui les amènera à préférer toute autre utilisation de leur revenu à une demande de protection plus importante. En revanche, les pouvoirs publics disposent d'une information plus complète les dotant d'un horizon spatial et temporel plus étendu qui leur permet d'établir un système de protection plus efficace que celui résultant du recours individuel volontaire au marché privé de l'assurance.

3.1.3. La diversité des comportements individuels face au risque

Les comportements individuels face au risque sont diversifiés, ils varient d'une aversion au risque à un amour du risque. De même, les demandes individuelles d'assurance pour un niveau de risque donné sont diversifiées. En fait, les individus (risquophiles) qui aiment prendre le risque, malgré leur anticipation correcte de ce dernier, ne font aucun effort d'épargne pour assurer leur protection. En revanche, la collectivité sera amenée à prendre en charge les conséquences, fâcheuses pour ceux-ci, engendrées par leur goût du risque. Pour Kessler (1986), la mise en place par les pouvoirs publics d'un système d'assurance obligatoire permet en fait de ne contraindre que les individus « risquophiles » tout en évitant à l'ensemble de la collectivité d'avoir à remédier ex post à des situations critiques⁷⁵.

3.2. Sélection adverse

Le marché de l'assurance maladie doit faire face au problème majeur des caractéristiques individuelles des acheteurs qui affectent considérablement les coûts de production du bien vendu (en l'occurrence le contrat d'assurance). Alors, ces caractéristiques

⁷⁵ Kessler D. : Sur les fondements économiques de la sécurité sociale, Revue Française des Affaires Sociales, op. cit., p. 105.

qui ne sont pas observables par l'assureur, sont à l'origine de ce phénomène qui conduit à des dysfonctionnements importants sur le marché de l'assurance⁷⁶. En fait, ces dysfonctionnements ont trait à la sélection adverse⁷⁷ : une personne qui sait avoir une probabilité élevée d'être malade aura plus intérêt à souscrire un contrat d'assurance généreux qu'une personne qui se sait en bonne santé. La population assurée présentant alors un niveau de risque plus élevé que celui de la population générale, l'assureur va devoir augmenter les primes, ce qui peut entraîner un retrait du marché des risques les plus faibles (parmi les personnes qui avaient choisi de s'assurer au départ). La population assurée voit alors son niveau de risque moyen augmenter, donc les primes demandées par les assureurs vont aussi augmenter, et les risques les plus faibles parmi la population assurée, trouvant le montant des primes trop élevé par rapport à leur propre niveau de risque, vont se désengager, et ainsi de suite. Cet effet implique une absence de transaction et des risques de faillite pour l'assurance, en dehors de toute politique d' «*écrémage des risques*». Dans ce cadre, un contrat d'assurance privé est inefficace, voire instable.

Les assurances de leur côté, quand les risques individuels ne sont pas observables (et donc que la tarification au risque n'est pas réalisable), sont incitées à mettre en place des politiques d'écramage des risques. Dans ce sens, Bocognano et al. (1998) expliquent qu'à partir du moment où la tarification au risque est imparfaite, l'assureur, qui reçoit un paiement uniforme pour des risques qui ne le sont pas, peut avoir intérêt à mettre en place des stratégies de sélection des risques, dites aussi d'écramage⁷⁸. Or, Cette dernière possibilité est fondamentalement opposée au concept de justice distributive et pose, du point de vue économique, le problème de l'absence de prise en charge des personnes non-protégées en dernier recours.

3.3. Aléa moral et passager clandestin

Les assurés sociaux, détenant une information inobservable, peuvent adopter des comportements stratégiques qui nuiront à l'efficacité de l'assurance maladie. En fait, ces comportements sont, soit liés à un risque moral lorsque l'information est relative au

⁷⁶ Rothschild M. et Stiglitz J.: Equilibrium in Competitive Insurance Markets: an Essay on the Economics of Imperfect Information », Quarterly Journal of Economics, 90 (4), 1976, pp. 629-649.

⁷⁷ . La notion de sélection adverse a été introduite par Akerlof (1970) qui en présente une application au marché des voitures d'occasion.

⁷⁸Bocognano et alii.: Mise en concurrence des assureurs dans le domaine de la santé : Théorie et bilan des expériences étrangères, CREDES 1243, Paris, 1998.

comportement de prévention ou de recours aux soins des assurés, soit à un comportement opportuniste de passager clandestin lorsque les assurés peuvent cacher leurs préférences.

3.3.1. Risque moral

Dans le domaine de l'assurance, on parle de « risque moral » lorsque le risque que l'on cherche à assurer est aggravé du fait du comportement des personnes qui se savent couvertes⁷⁹. Le risque moral empêche l'allocation optimale des ressources et touche, à la fois, l'assurance privée comme l'assurance publique dans un contexte où la maîtrise des dépenses est un enjeu majeur. Il apparaît quand le comportement des assurés est modifié après la signature du contrat et ne peut pas être parfaitement observé par l'assurance. Ce comportement peut avoir trait à la prévention primaire (ou self protection) dont l'objet est de réduire la probabilité de sinistre, ou à la prévention secondaire (ou self insurance) qui modifie l'étendue du sinistre mais pas sa probabilité d'occurrence⁸⁰. En d'autres termes, les individus, en faisant un effort plus ou moins grand, peuvent réduire, soit la probabilité de réalisation du dommage, soit son montant. Or, Cet effort est coûteux pour l'assuré et n'est pas observable par l'assureur. Celui-ci doit donc mettre en place des mécanismes d'incitation pour que l'assuré, qui se sait protégé en cas de dommage par son assurance, continue néanmoins à faire des efforts pour diminuer la valeur attendue de son dommage.

3.3.1.1. Risque moral ex ante (sous-prévention)

Le concept de risque moral ex-ante se traduit par l'idée qu'une personne couverte par une assurance, adopte des comportements plus risqués et affecte moins de ressources à la prévention. Dans ce sens, Bardey D. démontre que les assurés, intégralement remboursés, n'effectuent aucun investissement de prévention générant ainsi une inefficacité⁸¹. En effet, chaque individu dans la société est exposé quotidiennement au risque maladie qui provient généralement des comportements liés à son mode de vie (fumer, mauvaise alimentation, habitation précaire, ...etc) ; Des comportements détériorant son état de santé et causant ainsi des coûts supplémentaires importants et injustifiés pour l'assurance maladie.

Cependant, comme la maladie n'a pas que des coûts financiers, mais entraîne aussi des conséquences que l'assurance ne couvre pas (douleur, années de vie perdues, incapacité,...) et

⁷⁹ Bardey D. et alii : Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé, Bulletin d'information en économie de la santé, n° 53, Juin 2002.

⁸⁰ Ehrlich et Becker, op. cit., pp. 663-648.

⁸¹ Bardey D. : Assurance maladie et comportement d'autoprotection, Séminaire Prévention et assurance, p. 13. In www.sante.gouv.fr

comme l'individu est un être rationnel et, par conséquent, ne prendra pas le risque d'altérer intentionnellement à son état de santé, les économistes considèrent que l'ampleur de ce phénomène de risque moral ex-ante est limitée en santé.

Pour faire face à ce phénomène de risque moral ex-ante, des mesures ont été entreprises par les assurances ; et ce, en faisant supporter à l'assuré le paiement de primes directes ou indirectes ou supplémentaires. L'augmentation des assises sur le tabac en est un exemple. A ce sujet, Jacobzonne S. énonce que l'introduction d'une franchise apparaît comme une mesure efficace pour lutter contre l'aléa moral de sous-prévention, c'est-à-dire qu'au-delà d'un certain montant annuel, l'assurance maladie renoncera à rembourser les dépenses médicales qui seront à la charge de l'assuré.⁸²

3.3.1.2. Risque moral ex post (surconsommation)

La notion de risque moral est plus généralement utilisée en santé pour désigner l'idée selon laquelle pour un état de santé donné, une personne assurée va consommer plus de soins qu'une personne non assurée. En effet, L'assurance rembourse à l'individu les soins qu'il utilise. Elle a donc pour effet de diminuer, voire de rendre nul le coût marginal, pour l'assuré, de la consommation des soins. Si l'élasticité-prix de sa demande, pour un état de santé donné, n'est pas nulle, l'assurance conduit l'individu à demander plus de soins. De son côté, Pauly M.V., en 1968, considère que la quantité des soins demandée par un patient dépend de la gravité de sa maladie, de ses préférences, de son revenu et du prix des soins.⁸³

Ce phénomène pour Tanti Hardouin N., est qualifié de comportement rationnel. Il énonce que les adhérents à un système organisant une mutualisation du risque de maladie doivent consommer d'avantage de soins, car il est individuellement rationnel pour eux de réduire leurs efforts d'autoprotection et de reporter sur la collectivité des assurés les dépenses supplémentaires engendrées par leur comportement plus risqué. De plus un assuré qui se sent consommer des soins gratuitement, va automatiquement revoir sa demande de consommation en hausse.

Cependant, pour certains économistes, l'augmentation de la consommation due à la généralisation de l'assurance maladie n'est qu'une compensation d'une sous-consommation existante avant l'établissement de l'assurance. En effet, les individus n'avaient guère la

⁸² Jacobzonne S. : systèmes mixtes d'assurance maladie, équité, gestion des risques et maîtrise des coûts, Revue Economie et prévision n° 129/130, 1997.p. 4

⁸³ Béjean S : Economie du système de santé, éd. Economica, Paris, 1994.p. 95.

possibilité d'acquiescer des biens de santé faute de moyens financiers, mais une fois cette sous-consommation résorbée, les assurés ne consommeront plus les soins de santé inutilement⁸⁴.

Pour remédier au phénomène de risque moral de surconsommation, l'application des systèmes de bonus-malus fonction des observations passées et l'adoption de la couverture partielle des charges sanitaires (c'est-à-dire la co-assurance et le ticket modérateur) apparaissent comme étant le meilleur moyen.⁸⁵

Cette solution est cependant difficilement applicable dans le cas d'une assurance sociale obligatoire où les comportements de « passager clandestin » peuvent contrer l'effet de tels contrats incitatifs.

3.3.2. Passager clandestin

Dans un cadre d'une assurance obligatoire, l'éventualité d'une répercussion sur le niveau des cotisations d'une « surconsommation » ne permet pas de réguler le système car l'individu dans sa double position d'assuré-cotisant et de demandeur de soins, n'espère supporter a posteriori qu'une faible part des dépenses qu'il a engagées. En effet, lorsque le nombre d'assurés est grand, chacun ne paie qu'une fraction de la majoration de cotisation engendrée par l'augmentation des prestations. Du moins c'est le raisonnement qu'adopte rationnellement chaque assuré dont le comportement est alors celui d'un « passager clandestin » (free rider)⁸⁶.

Alors, l'individu ne peut pas échapper à la répercussion de l'augmentation des dépenses en sortant du système d'assurance. Mais dans la mesure où la prime qu'il verse est indépendante de son comportement (tel que l'assurance pourrait le réestimer à la lumière de sa consommation « anormale »), c'est-à-dire plus précisément, dans la mesure où le surcoût est partagé entre tous les assurés, la modération de sa consommation ultérieure sera moindre que dans la situation précédente, même si on postule que la demande de soins est élastique par rapport au prix.

Le comportement de passager clandestin est une conséquence du fait que les préférences individuelles sont cachées. En fait, dans le cas d'un bien collectif indivisible, lorsque la disponibilité à payer pour ce bien est cachée, l'individu est incité à « tricher ».

⁸⁴ Paret H., op. cit., p. 96

⁸⁵ Jacobzonne S., op. cit., p.5.

⁸⁶ Béjean S., op. cit., p. 96.

C'est-à-dire qu'il annonce une disponibilité à payer nulle alors qu'il souhaite réellement la production de ce bien collectif. C'est en se basant sur l'honnêteté de tous les autres (qui dévoilent leur réelle disponibilité à payer) que l'individu est amené à cacher ses réelles préférences. En effet, c'est les autres annoncent la vérité, alors le bien collectif sera produit et le passager clandestin en tirera une utilité positive pour un coût nul.

CONCLUSION

L'assurance maladie obligatoire est un instrument efficace pour garantir la gestion du risque maladie en mobilisant des ressources et en réduisant le poids financier de la couverture maladie. De plus, elle suscite un intérêt particulier du fait qu'elle est centrée sur le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins qui est non seulement une condition sine qua non de l'efficacité du système de santé, mais aussi un facteur majeur de la cohésion sociale.

Cependant, l'assurance maladie obligatoire est confrontée à certains problèmes d'ordre financier et existentiel. En fait, l'assurance maladie obligatoire trouve des difficultés majeures pour préserver l'équilibre financier de ses caisses, et ce à cause de l'insuffisance de ses cotisations et l'augmentation effrénée des dépenses de santé. Une augmentation qui est due généralement au phénomène de risque moral et aux comportements de passager clandestin.

CHAPITRE II :
ORGANISATION, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT
DES ORGANISMES DE L'ASSURANCE MALADIE
EN ALGÉRIE

CHAPITRE II : ORGANISATION, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DES ORGANISMES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE.

INTRODUCTION

L'assurance maladie obligatoire est une des méthodes principales et efficaces de financement de la santé. Plusieurs pays à faible ou moyen revenu sont intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie existante à des groupes spécifiques (les populations défavorisées) pour couvrir éventuellement la totalité de la population.

En Algérie, en s'inscrivant dans la logique bismarckienne de l'assurance et en se basant sur le caractère obligatoire et solidaire, le système d'assurance maladie est conçu dans le but d'assurer la couverture d'assurance maladie à toute la population et d'offrir des prestations variées et de qualité avec une égalité d'accès pour tous sans discrimination sociale. Ainsi, les organismes de ce système que sont la CNAS et la CASNOS couvrent la quasi-totalité de la population algérienne et offrent des prestations en nature et en espèces.

L'objectif de ce chapitre est de tenter d'apprécier l'évolution de l'organisation administrative et fonctionnelle de l'assurance maladie en Algérie, sa législation et les prestations qu'elle fournit. Pour cela, nous avons organisé ce chapitre en trois sections. La première portera sur l'évolution historique de la sécurité sociale en Algérie et ses rapports avec le système de soins. La deuxième section quant à elle, sera consacrée à l'édification de l'assurance maladie en Algérie et son organisation administrative. Enfin, la troisième section traitera les limites de la réglementation et la législation en matière d'assurance maladie en Algérie.

I. EVOLUTION HISTORIQUE DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE ET SES RAPPORTS AVEC LE SYSTEME DE SOINS

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

¹ Oufriha FZ : Revue du CREAD n° 19, 3^{ème} trimestre 1989.

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

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

1. Situation de la sécurité sociale antérieure à l'indépendance (1962)

L'introduction de la sécurité sociale en Algérie en 1949 sous forme d'extension du système français a été le fruit d'une évolution en matière de protection sociale initiée en 1920 par l'instauration progressive de différentes législations. Ainsi, la loi sur les accidents du travail a été mise en œuvre en 1920, celle des allocations familiales en 1941. Les assurances sociales qui couvraient les risques maladie, maternité, invalidité, décès ont été instituées en 1949. La mise en place de la législation sur l'assurance vieillesse pour tous les salariés a eu lieu en 1953, et celle des non salariés des secteurs industriels, commercial, artisanal, agricole ainsi que les professions libérales en 1958.

Le but de l'institution du système de sécurité sociale, était de répondre, au principe de la solidarité nationale par une mise en place d'un système de protection global garantissant les citoyens contre tous les risques, et au principe de l'unité d'organisation et l'universalité d'application.²

Cependant, la non unanimité des différentes corporations sur le sujet, avait fini par la non-réalisation d'un tel système et favorisé l'édification de plusieurs régimes gérés par une multitude de caisses offrant des prestations différenciées.

En s'écartant profondément des principes fondamentaux posés par le législateur, le système visait en priorité la protection de la population européenne. Ainsi, le bénéfice des allocations familiales n'était pas accordé aux professions agricoles dans un pays où 80% de la population était rurale³ et à la veille de l'indépendance, l'assurance maladie existait au seul

² Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale, OPU, Alger 1996, p.11

³ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001. p.9

profit de la population européenne. La quasi-totalité de la population autochtone, soit 90% environ de la population, était paysanne et ne bénéficiait d'aucun système de protection en dehors de la maigre assistance médicale gratuite (AMG) organisée en dispensaires.⁴

1.1. L'organisation administrative

La législation de la sécurité sociale de 1949 avait intégré et complété les textes sur les accidents du travail, la retraite et les allocations familiales. Elle avait défini :

- Les droits et avantages des bénéficiaires des assurances sociales ;
- Les obligations des employeurs et des travailleurs pour le financement du système ;
- Les régimes prévus pour les différents secteurs d'activité ;
- Les règles d'organisation des caisses chargées de la gestion du système.

Ainsi, plus de dix régimes avaient prévalu à cette période :

- Le régime général intéressant les salariés des industries et du commerce ;
- Les régimes spéciaux intéressant les fonctionnaires ; les employés de l'électricité et du gaz d'Algérie (EGA), les cheminots, les marins, etc ;
- Le régime agricole ;
- Le régime des non salariés.

Chaque régime assurait des prestations propres à lui et pas forcément identiques à celles des autres. Le régime des non salariés, par exemple, se contentait de la gestion de la branche retraite. Faut-il souligner que les régimes agricole et général étaient les plus importants vu le nombre important de leurs adhérents.

Environ 71 caisses de sécurité sociale géraient ces différents régimes et celles-ci n'avaient pas toutes le même statut⁵:

- Les organismes de sécurité sociale dont les assurés sociaux étaient des fonctionnaires de l'Etat avaient le statut d'entreprises publiques à caractère administratif (EPCA), comme la caisse de retraite des fonctionnaires (CGRA) ;
- Les caisses agricoles étaient organisées en organismes mutualistes.

⁴ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie: Une approche économique, OPU, Alger, 2004, p.22-23

⁵ Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale, OPU, Alger 1996, p.12

La gestion et le financement de ces différentes caisses relevaient du conseil d'administration (CA) qui était paritaire avec égalité de la représentation entre les travailleurs et les employeurs.

1.2. L'organisation financière

Le financement du système de sécurité sociale était fonction des régimes. La plupart d'eux étaient financés par les cotisations obligatoires des travailleurs et des employeurs exclusivement. Cependant, pour le système des non salariés, les cotisations émanaient des bénéficiaires uniquement.

En plus des cotisations, les régimes agricoles, des mines et des étudiants bénéficiaient des subventions de l'Etat afin de réaliser l'équilibre financier. Quant aux régimes spéciaux comme les cheminots et les employés d'électricité et gaz d'Algérie, en cas de déficit, étaient prévues des subventions d'équilibre à la charge des employeurs. Pour les accidents du travail le taux de cotisation variait selon la nature de l'activité de l'entreprise et proportionnellement aux risques.

Afin de permettre un suivi d'équilibre de chaque branche, sur le plan comptable, une séparation de gestion des différentes branches maladie, maternité, invalidité et allocations familiales était appliquée. Ajoutant à ça, la construction de fonds de réserve pour chaque branche.

1.3. La relation de la sécurité sociale avec le système de soins

Les rapports les plus importants de la sécurité sociale avec le système de soins étaient les modalités de financement des services de santé public et privé et « l'intervention des organismes de sécurité sociale dans le champs de la santé relevait, au cours de cette période, des mécanismes de l'assurance maladie »⁶. La relation variait avec la nature du secteur de soins considéré.

1.3.1. Les soins ambulatoires

Les frais de soins étaient réglés directement par l'assuré social, pour lui et ses ayants droits, et la sécurité sociale lui rembourserait après. Le taux de remboursement était de 80%

⁶ Kaddar M.: Rapports entre la sécurité sociale et le système de soins, Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II, revue du CREAD, 1989, p.41

des tarifs fixés réglementairement par le ministère tutelle de la sécurité sociale et de 100% pour les assurés sociaux exonérés du ticket modérateur.

1.3.2. Les cliniques privées

Lorsque l'établissement est conventionné, l'assuré social ne payait pas ses frais de soins sauf en cas d'éventuels suppléments. La caisse, à laquelle est affilié, réglait directement les frais à l'établissement selon des prix forfaitaires, conformément à la convention.

Quant l'établissement n'est pas conventionné, l'assuré réglait directement et se faisait remboursé, ultérieurement, par sa caisse. Le remboursement s'effectuait à un taux de 80% des tarifs officiels des prix de journées d'hospitalisation ou un taux de 100% en cas d'exonération.

Faut-il souligner que le prix de journée incluait les produits pharmaceutiques, les frais de salle d'opération et les honoraires de surveillance médicale. Les honoraires des praticiens médicaux, quant à eux, étaient remboursés à part, suivant les tarifs fixés réglementairement.

1.3.3. Les établissements publics

Dans le cas des établissements publics, une prise en charge pour le malade assuré lui était délivrée par l'une des caisses de sécurité sociale. Cette dernière réglait directement l'établissement de soins concerné sur la base du nombre de journées d'hospitalisation (principe de tiers payant). Le prix de journée d'hospitalisation était fixé annuellement par voie réglementaire. Il correspondait à la moyenne des coûts journaliers du fonctionnement d'un service, auxquels étaient ajoutée une quote part des dépenses générales de l'établissement.

2. La période de 1962-1970

A l'indépendance, l'Algérie s'est retrouvée avec un des systèmes des plus avancés dans le tiers-monde mais dont les bases économiques et sociales étaient inadaptées (le nombre d'assurés est passé de 708000 en 1960 à 287000 à la fin de 1963 pour le seul régime général)⁷. Ce qui explique les écarts de développement entre les communautés européennes et autochtones et la marginalisation de larges couches sociales avant l'indépendance.

Cette situation poussait le système de sécurité sociale à connaître des transformations majeures en s'orientant vers des politiques socialisantes afin d'atteindre la couverture du

⁷ Kaddar M. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie (1962-1987), Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II, revue du CREAD, 1989, p.40

maximum de la population. Parmi les importantes améliorations enregistrées, figuraient la revalorisation des indemnités journalières en matière d'accidents de travail, l'extension du régime des allocations familiales au secteur agricole, l'institution d'un système d'assurances volontaires et des remaniements d'ordre administratif.

2.1. L'organisation administrative

Au lendemain de l'indépendance, le système de sécurité sociale se caractérisait par une grande complexité dans sa structure administrative. Il contenait⁸:

- 11 régimes de sécurité sociale ;
- 71 organismes de gestion ;
- 11 organismes de retraite complémentaire.

Cependant, dès le début de l'indépendance des changements et de nouvelles législations ont été apportées dans le but d'améliorer le système. Ainsi, l'année 1963 connaissait la création de l'établissement de prévoyance sociale des gens de mer (EPSGM) sous tutelle du ministère des transports, gérant les assurances sociales, les allocations familiales et les retraites (décret n°63-457 du 14 novembre 1963 portant création d'un organisme de sécurité sociale pour le régime des marins).

La promulgation du décret n°64-125 du 12 avril 1964 remania la composition du conseil d'administration des caisses de sécurité sociale :

- La représentation des employeurs devient la moitié de celle des travailleurs ;
- La désignation, non pas l'élection, des employeurs et des travailleurs par leurs organisations professionnelles.

En 1964, décret n°64-364 du 31 décembre 1964, était créée la caisse nationale de sécurité sociale chargée de⁹ :

- L'action sanitaire ;
- La prévention des risques professionnels ;
- L'information générale des assujettis ;
- La création et le fonctionnement d'une école nationale de sécurité sociale ;
- La conclusion des conventions nationales avec les établissements de soins.

⁸ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, p.10

⁹ Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale, OPU, Alger 1996. p.15

Sous pressions et revendications syndicales, on assistait à une extension, en 1968, du régime des allocations familiales au secteur agricole¹⁰. Enfin, il faut souligner que l'ordonnance de juin 1966 confiait la gestion des accidents du travail aux caisses de sécurité sociales.

2.2. L'organisation financière

Dès les premières années de l'indépendance, la branche assurances sociales était en situation «d'excédent financier ». Trois raisons peuvent être distinguées¹¹ :

- Le maintien des tarifs bas de remboursement des actes médicaux et biologiques (consultations, visites, analyses, ...) effectués dans le secteur privé. « L'absence des conventions négociées avec les praticiens et le non respect généralisé de tarifs officiels par les médecins aboutissaient au fait que les remboursements effectifs n'excédaient jamais 40% des prix pratiqués».
- La deuxième est, que les hôpitaux publics ont souvent été dans l'incapacité de présenter aux caisses de sécurité sociale les factures relatives aux frais médicaux à la charge de la sécurité sociale.
- La troisième, enfin, provenait du fait que pour assurer l'exercice de leurs droits, les assurés sociaux devaient respecter toute une série de procédures et remplir maints formulaires ; le faible niveau de scolarisation de la majorité des salariés faisait que, seuls, les fonctionnaires, les agents de maîtrise et les cadres pouvaient bénéficier effectivement des services de la sécurité sociale.

Durant cette période le mode de financement demeurait le même que celui de la période précédente et les caisses de sécurité sociale continuaient à placer leurs fonds en toute liberté.

2.3. La relation avec le système de soins

Les relations du système de sécurité sociale et le système de soins sont restées identiques à ce qu'elles étaient avant l'indépendance ; que ce soit avec le privé ou le public.

¹⁰ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001. p.15

¹¹ Kaddar M. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie (1962-1987), Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II, revue du CREAD, 1989, p.41

3. La période 1970-1983

Trois mouvements ont marqué les années soixante dix¹²: L'accélération de la salarisation de la population active, la croissance de l'offre sous des formes multiples et la redéfinition des rapports entre la sécurité sociale et l'Etat.

Marqué par un volontarisme économique permis par la mise en valeur de la rente pétrolière, cette période a enregistré une évolution importante en matière d'investissement public qui passa de 13,1% de la PIB en 1967 à la 43,5% en 1984, avec une pointe de 64,9% en 1977¹³.

En effet, l'année soixante dix est celle du lancement du premier plan national de développement, qui permettait à la sécurité sociale d'élargir considérablement sa base sociale et financière grâce à la salarisation accélérée de la population active. En fait, le salariat qui représentait autour de 60% de la population active occupée en 1966 atteignait les 80% au début des années quatre vingt. Le nombre d'assurés sociaux passait de 1208854 en 1973 à près de 3000000 en 1984 ; les cotisations augmentaient de 20% par an en moyenne. « L'excédent financier » (différence entre les cotisations perçues et les prestations effectivement servies) qui était estimé à 25 millions de DA en 1967 atteignait les 1493 millions de DA en 1980.

Cette situation d'aisance financière avait permis une croissance des revenus des ménages et un large accès à la consommation. La demande de soins, elle aussi non épargnée, s'accroissait de plus en plus devant une offre publique limitée à cause du non achèvement de la réalisation des investissements publics sanitaires qui ne dépassait pas les 30%¹⁴. Face à cette insuffisance du système public, apparaissait le système parapublic initié par les organismes de sécurité sociale, les entreprises publiques et les mutuelles.

La promulgation de nombreuses dispositions tendant à une réorganisation du système de sécurité sociale et à l'amélioration des avantages servis aux assurés sociaux, manifestait la volonté politique d'accroître la protection des travailleurs et leurs familles. Ainsi, c'est en cette période que les tarifs de remboursement sont augmentés, que la durée du congé

¹² Kaddar M. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie (1962-1987), Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II, revue du CREAD, 1989, .42

¹³ Idem.

¹⁴ Pour un bilan des programmes d'investissements sanitaires 1967-1984 cf. KADDAR Miloud : Le système de santé algérien : aspect économique, cahiers du CCA, Paris, 1986. P.77-78.

maternité passait de 8 semaines à 14 semaines, que la liste des maladies de longue durée passait de 4 à 25 et que le régime des retraites complémentaires est étendu aux mineurs et aux travailleurs agricoles¹⁵.

3.1. L'organisation administrative

Sur le plan de l'organisation administrative, cette période a connu des réformes importantes vu la promulgation d'une série d'ordonnances et de décrets.

Le décret n°70-116 du premier août 1970 réorganisait toute la sécurité sociale en instituant l'unification de l'organisation administrative des caisses de sécurité sociale à l'exception des régimes agricole, de celui des marins, des cheminots et de la SONALGAZ. Ainsi, des caisses d'assurance ont été créées¹⁶:

- Une caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ;
- Des caisses régionales de sécurité sociale (CASORAL Alger, CASORAN Oran, CASOREC Constantine), pour les régions Centre, Ouest et Est ;
- Une caisse d'assurance vieillesse des non salariés (CAVNOS) ;
- Une caisse de sécurité sociale des fonctionnaires (CSSF) ;
- Une caisse de sécurité sociale des mineurs (CSSM).

En 1971 et en accompagnement de la révolution agraire, l'ordonnance du 5 avril 1971 organisait un nouveau régime agricole garantissant les travailleurs et leurs familles contre les risques maladie, invalidité, décès et maternité tout en facilitant les conditions d'ouverture des droits.

En 1974, l'ensemble des organismes de la sécurité sociale ont été placé sous la tutelle du ministère du travail et des affaires sociales, à l'exception du régime agricole qui continuait à relever du ministère de l'agriculture (Ordonnance 74-80 du 30 janvier 1974).

Dans la même année, une mesure prise pour l'amélioration du système de sécurité sociale a concerné l'extension du bénéfice des assurances sociales aux travailleurs non salariés (Ordonnance du 17 septembre 1974). Cependant, le droit aux prestations ne couvrait que les prestations en nature, en matière d'assurance maladie, d'assurance maternité et d'assurance invalidité.

¹⁵ Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale, OPU, Alger 1996, p.16

¹⁶ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie: Une approche économique, OPU, Alger, 2004, p.26

3.2. L'organisation financière

Pour ce qui est du financement, en cette période, aucune modification n'est apportée au financement du système, à l'exception toute fois du relèvement à 2000 DA du salaire soumis à cotisation¹⁷.

La sécurité sociale se trouvait toujours aisance financière grâce au maintien de l'industrialisation et la salarisation. Cependant, tous les fonds des différents organismes de la sécurité sociale, à partir de 1979, étaient placés et domiciliés au trésor public conformément à la loi de finance de 1978.

3.3. La relation avec le système de soins

L'institution de la médecine gratuite en 1974 a transformé totalement la relation avec le système de soins public ; Quant au système de soins privé la relation est restée la même.

3.3.1. Relation avec le système privé

Le remboursement des actes médicaux continuait à s'effectuer par les caisses de sécurité sociale au taux de 80% des tarifs officiels fixés par le ministère de tutelle. Il faut souligner, dans ce cadre, que le décret n°82-95 du 20 février 1982, fixait les tarifs pour les actes médicaux des médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux ; ainsi que le prix maximum de journée d'hospitalisation dans les unités de soins à caractère privé.

3.3.2. Relation avec le système public

L'ordonnance n°73-65 du 28 décembre 1973, instituant la gratuité des soins, a mis fin à la tarification hospitalière basée sur le prix de la journée et le remboursement à posteriori par les caisses de sécurité sociale. Une autre méthode de financement est adoptée. Elle consiste à un versement annuel de la sécurité sociale, à priori, d'une somme d'argent dite «Forfait hôpitaux » aux secteurs sanitaires (SS), centres hospitalo-universitaires (CHU) et établissements hospitaliers spécialisés (EHS). Cette somme est fixée par le ministre des finances en accord avec les ministres des affaires sociales et de la santé. Cette participation

¹⁷ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, p.11

financière a été instituée pour compenser l'accès gratuit des assurés sociaux et leurs ayants droits aux prestations des établissements publics de santé.

Au coté du financement de la sécurité sociale par le biais du forfait hôpitaux, on trouve une participation annuelle de l'Etat (Prélèvements fiscaux). Les deux, ensemble, forment le budget annuel destiné à financer les différentes structures publiques de soins.

3.4. Structures sanitaires de la sécurité sociale

Dès le début des années soixante dix la sécurité sociale, en situation d'aisance financière, a lancé un large programme d'investissement comprenant de nombreuses unités de soins. Des unités légères de soins (centres médico-sociaux et cliniques spécialisées) et des unités lourdes spécialisées conçues dans la double optique d'offre d'avantages médicaux complémentaires aux assurés sociaux et leurs ayants droits.

Ainsi en 1979, on dénombrait 145 unités de soins composées de centres médico-sociaux (CMS), de maternités, d'unités légères de soins, de laboratoires d'analyses médicales, de centre d'imagerie et d'hôpitaux spécialisés¹⁸. Un autre programme de construction était initié en 1980 et portait sur¹⁹ :

- 127 centres médico-sociaux (CMS) ;
- 06 cliniques spécialisées ;
- 09 centres pour handicapés physiques de 120 lits chacun ;
- 08 centres pour insuffisants respiratoires de 120 lits chacun ;
- Des écoles pour sourds muets et enfants inadaptés mentaux ;
- Des centres des cures.

Implantées essentiellement en milieu urbain, ces structures prenaient en charge non seulement les assurés sociaux et leurs ayants droits mais aussi toute la population sans distinction.

Il est à signaler, que la grande partie de ce patrimoine médical, dans le cadre de l'unification sanitaire et sociale décidée en vertu des lois de 1983, a été affectée définitivement statutairement au secteur public de la santé.

¹⁸ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie: Une approche économique, OPU, Alger, 2004, p.29

¹⁹ Idem.

Tableau 01 : Evolution des infrastructures de la sécurité sociale (1967-1982) :

	1967	1977	1980	1982
Infrastructures sanitaires :				
- Centres médicaux sociaux	7	33	119	212
- Cliniques médicochirurgicales	4	19	90	159
Infrastructures familiales :				
- Centres de familles	1	1	2	6
- Crèches et jardins d'enfants	-	-	2	13
Infrastructures spécialisées : (Handicapés,...etc.)	-	1	4	21
Infrastructures administratives :				
- Centres payeurs	24	50	198	268
- Caisses de sécurité sociale	10	19	32	39

Source : KADDAR Miloud : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie (1962-1987), Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie II, revue du CREAD, 1989. Page 43.

4. La période allant de 1983 à nos jours

1983 était l'année de la refonte totale du système de sécurité sociale. En fait, les pouvoirs publics, dans le cadre de la nouvelle politique qui privilégie l'aspect social entamée à partir du début de 1980, décidaient de développer un système de sécurité sociale généreux et généralisé à la majorité de la population.

Cinq (5) lois et dix-sept (17) décrets, portant sur les assurances sociales (loi n°83-11), les accidents du travail et maladies professionnelles (loi n°83-13), la retraite (loi n°83-12), les obligations des assujettis (loi n°83-14) et le contentieux en matière de sécurité sociale (loi n°83-15), étaient promulgués.

Les principes fondamentaux sur lesquels reposent cette nouvelle réorganisation du système sont contenus dans les textes fondamentaux, cités en dessus, et portent sur²⁰ :

- Le principe de généralisation du système de sécurité sociale ;
- Le principe d'unification des régimes, des avantages et du financement ;
- La participation des représentants des travailleurs dans la gestion des organismes de sécurité sociale à travers une forte représentation dans les conseils d'administration de ces derniers ;

²⁰ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS /EMRO, RESSMA, TUNIS, HAMMAMET : 14/16 novembre 2001.

- L'édification d'un système de protection socio-sanitaire fort généreux couvrant toutes les catégories des populations y compris les handicapés et les personnes âgées.

Ainsi, on avait procédé à la dissolution de tous les régimes existants antérieurement à 1983 et l'institution d'un régime unique en matière de sécurité sociale, caractérisé par l'uniformisation des cotisations et des avantages envers tous les travailleurs. Ce qui avait permis d'étendre la couverture sociale à de nouvelles catégories de personnes (non actifs) et ce grâce à la forte solidarité du système, le niveau élevé des prestations et l'allégement d'accès aux droits. Plus de 85% de la population (30 millions) bénéficie de l'ensemble des avantages offerts par la sécurité sociale.

4.1. L'organisation administrative

Les organismes existants de la sécurité sociale, en 1985, furent unis autour de deux caisses nationales, la Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents de Travail (CNASAT) et la Caisse Nationale de Retraite (CNR) érigées en Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA).

En 1988, le statut juridique des deux caisses fut modifié en Etablissements Publics à caractère Spécifique (EPS), à la faveur de la loi 88-01 qui porta autonomie aux entreprises publiques.

En 1992, le texte du décret n°92-07 du 04 janvier 1992 qui définit le statut juridique des caisses de sécurité sociale, leur organisation administrative et financière, organisait la sécurité sociale en trois organismes :

- La caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés (CNAS) ;
- La Caisse Nationale de Retraite (CNR) ;
- La Caisse Nationale des Non Salariés (CASNOS).

Les caisses disposent de la personnalité morale et de l'autonomie financière du fait qu'elles sont définies comme des organismes du droit privé. Chaque caisse nationale est gérée par un directeur, nommé par le ministre, qui assume à la fois les pouvoirs de gestion et de représentation.

Le conseil d'administration de la CNAS est représenté par : les travailleurs, employeurs et représentants de l'Etat. Celui de la CASNOS est composé de différentes

catégories professionnelles, formant les secteurs commercial, artisanal, agricole, libéral, etc....

L'année 1994 a connu l'établissement du régime de pension anticipée et l'indemnité d'allocation chômage. Ainsi la mise en place d'une Caisse Nationale d'Allocation Chômage (CNAC) en 1995 et l'institution de la Caisse Nationale des Congés Payés des Travailleurs de Bâtiment (CACOBATPH) en 1998.

4.2. L'organisation financière

Sur le plan financier, on a revu le taux de cotisation global du salaire de poste en hausse à 29% puis à 34,5% en 1999. La gestion directe des allocations familiales a été confiée aux administrations et établissements publics.

4.3 La relation avec le système de soins

En cette période, les rapports de la sécurité sociale avec le système de soins, n'ont pas connu de changements en comparaison à la période antérieure. La sécurité sociale continue notamment à verser le forfait hospitalier aux secteurs sanitaires et à prendre en charge la totalité des soins à l'étranger. Néanmoins, une politique d'encouragement du conventionnement et de la contractualisation est envisagée dans le but de faciliter l'accès aux soins et de réduire les dépenses de soins à l'étranger.

II. EDIFICATION DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE ET SON ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Réformé en 1983²¹, l'assurance maladie représente la part la plus importante du système de sécurité sociale. Elle garantit les risques liés à tous les états pathologiques ou traumatiques nécessitant des soins et éventuellement un arrêt de l'activité professionnelle à l'exclusion de ceux qui sont soumis aux dispositions d'une législation particulière : accidents de travail et maladies professionnelles, pensions militaires ou d'invalidité. Pour cela elle assure des prestations en nature représentées par le remboursement des frais nécessaires pour l'état de santé de l'assuré ou de ses ayants droits et des prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières correspondant à des revenus de remplacement de salaire durant la

²¹Gish P., Feller L.: Planification pharmaceutique pour les soins de santé primaires, éd.OPU, Alger, 1984, p.25.

période d'arrêt de travail²². L'assurance maladie demeure la méthode de financement des soins de santé car les risques sont partagés par un nombre important d'individus.²³

L'organisation de l'assurance maladie, qui est considérée comme étant une partie des assurances sociales, est fondée sur le principe de la gestion du risque maladie à travers deux caisses de gestion que sont : la CNAS et la CASNOS. Ces dernières sont régies par des législations basées sur le principe de financement par cotisations et la participation des représentants des cotisants dans la gestion.

1. Historique de l'organisation de l'assurance maladie en Algérie

L'assurance sociale s'est construite depuis 1949 sur trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Elle est un gestionnaire du risque maladie et des dépenses de soins²⁴. L'assurance sociale met en œuvre, avec les professionnels de santé et les assurés, des actions de maîtrises médicalisée qui ont pour objectif de mieux soigner en dépensant moins. De la prévention des risques à l'organisation des soins, en passant par la régulation des dépenses de santé et l'offre de services, les assurances sociales sont un acteur majeur du système de santé de tout les pays. Elles sont le principal assureur obligatoire de la santé de la population.²⁵

L'organisation de la sécurité sociale en Algérie s'est trouvée confrontée à de multiples changements de ses lois selon la nécessité de chaque époque. Ainsi, Au lendemain de l'indépendance, le système de sécurité sociale se caractérisait par une grande complexité dans sa structure administrative. Il contenait²⁶:

- 11 régimes de sécurité sociale ;
- 71 organismes de gestion ;
- 11 organismes de retraite complémentaire.

L'année 1963 connaissait la création de l'établissement de prévoyance sociale des gens de mer (EPSGM) sous tutelle du ministère des transports, gérant les assurances sociales, les

²² 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. 43.

²³ kaïd Tlilane N. : Pauvreté et santé : Quelles politique de lutte pour l'équité, Revue Economie et Management : Pauvreté et coopération, n° 2, 1^{er} semestre, 2003

²⁴ Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd. OPU, Algérie, 2004. P19.

²⁵ CAIMED : Assistance sociale dans la région méditerranéenne, CAIMED, Algérie, 2005, p. 4.

²⁶ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, p.10

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

allocations familiales et les retraites (décret n°63-457 du 14 novembre 1963 portant création d'un organisme de sécurité sociale pour le régime des marins).

La promulgation du décret n°64-125 du 12 avril 1964 remania la composition du conseil d'administration des caisses de sécurité sociale :

- La représentation des employeurs devient la moitié de celle des travailleurs ;
- La désignation, non pas l'élection, des employeurs et des travailleurs par leurs organisations professionnelles.

En 1964, décret n°64-364 du 31 décembre 1964, était créée la caisse nationale de sécurité sociale chargée de²⁷ :

- L'action sanitaire ;
- La prévention des risques professionnels ;
- L'information générale des assurés ;
- La création et le fonctionnement d'une école nationale de sécurité sociale ;
- La conclusion des conventions nationales avec les établissements de soins.

Le décret n°70-116 du premier août 1970 réorganisait toute la sécurité sociale en instituant l'unification de l'organisation administrative des caisses de sécurité sociale à l'exception des régimes agricole, de celui des marins, des cheminots et de la SONALGAZ. Ainsi, des caisses d'assurance ont été créées²⁸:

- Une caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ;
- Des caisses régionales de sécurité sociale (CASORAL Alger, CASORAN Oran, CASOREC Constantine), pour les régions Centre, Ouest et Est ;
- Une caisse d'assurance vieillesse des non salariés (CAVNOS) ;
- Une caisse de sécurité sociale des fonctionnaires (CSSF) ;
- Une caisse de sécurité sociale des mineurs (CSSM).

Les nombreux régimes d'assurance maladie existant avant 1983 ont été unifiés autour d'une seule caisse : La Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents du Travail (CNASAT), Cette caisse couvre à la fois le régime « salariés » et « non salariés ».

²⁷ Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale, OPU, Alger 1996. p.15

²⁸ Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie: Une approche économique, OPU, Alger, 2004, p.26

En 1992, le texte du décret n°92-07 du 04 janvier 1992 qui définit le statut juridique des caisses de sécurité sociale, leur organisation administrative et financière, organisait l'assurance maladie en deux organismes : La caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés (CNAS) pour les salariés et La Caisse Nationale des Non Salariés (CASNOS) pour les non salariés. Cette nouvelle organisation a séparé les salariés des non salariés; le nombre de ces derniers n'a cessé de croître depuis que les obstacles institutionnels au développement du secteur privé (professions libérales essentiellement) dans toutes les branches économiques et sociales ont été complètement levés²⁹.

2. Organisation administrative des organismes de l'assurance maladie

L'organisation administrative de la sécurité sociale est régie par le décret n°92-07 du 04 janvier 1992, portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale.

L'assurance maladie est représentée par deux organismes : la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) pour les salariés et la Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS) pour les non salariés. Elles sont sous la tutelle du ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale mais elles jouissent d'une personnalité morale et d'une autonomie financière.

2.1. Statut juridique et tutelle des caisses de l'assurance maladie

2.1.1. Statut juridique

A la différence des établissements et organismes de nature publique, qui ont un statut d'Etablissement Public à caractère administratif (EPA) et qui fonctionnent selon le principe du financement par les dotations budgétaires de l'Etat, les caisses de sécurité sociale sont dotées d'un statut particulier : Etablissement Public à Gestion Spécifique (EPGS), qui les soumettent au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers. Ceci s'explique par le fait que leurs ressources ne proviennent pas des prélèvements fiscaux (impôts) mais des prélèvements sociaux obligatoires (cotisations sociales).

²⁹ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS /EMRO, RESSMA, TUNIS, HAMMAMET : 14/16 novembre 2001.

2.1.2. Tutelle

Les caisses de l'assurance maladie sont mises sous la tutelle du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale qui nomme les Directeurs Généraux qui les gèrent. Ainsi toutes opérations d'acquisition, de location ou autres ne sont exécutoires sans l'approbation du ministère. Ce dernier veille à l'application de la législation et la réglementation et fournit des avis, des études ou des analyses sur tous les problèmes qui touchent à l'assurance maladie.

L'article 3 du décret n°3-137 du 24 mars 2003 fixe les attributions du ministère et énonce que ce dernier se charge ³⁰:

- D'œuvrer au renforcement du système de sécurité sociale et à son développement ;
- De mettre en œuvre toute mesure visant à consolider le système de sécurité sociale et assurer un équilibre financier de ses caisses ;
- De proposer les éléments de stratégie et de politique de prise en charge des besoins en matière de sécurité sociale et évaluer les besoins prioritaires ;
- D'élaborer un plan de rationalisation des dépenses en matière de sécurité sociale (notamment l'assurance maladie) par une politique de remboursement adéquate et un développement du contrôle médical.

2.2. Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS)

Par rapport aux autres caisses du système de sécurité sociale. Celle de la CNAS est considérée à la fois comme la plus ancienne et la plus importante des caisses. Elle est régie par le décret n° 92-07 qui définit ses attributions, son fonctionnement et ses actions sanitaires.

Le régime de la sécurité sociale géré par la CNAS couvre en 2007 plus de 8 millions de salariés tous secteurs d'activité confondus et un grand nombre de catégories particulières que la loi assimile à des salariés qui bénéficient de certaines prestations.³¹

2.2.1. Fonctionnement administratif de la CNAS

Le conseil d'administration et le directeur général sont les deux organes de gestion de la CNAS et leur fonctionnement est organisé par l'article 3 du décret 92-07.

³⁰ www.mtss.gov.dz

³¹ CNAS : Evolution de nombres d'assurés sociaux de la CNAS en Algérie (2001- 2007), direction des statistiques, Direction Générale de la CNAS, Alger, 2008, p. 1.

2.2.1.1. Le Conseil d'Administration

Tous les acteurs ayant une relation directe avec la sécurité sociale sont représentés dans ce conseil. Le rôle assigné à ce dernier consiste à :

- Proposer l'organisation interne et établir le règlement intérieur de la caisse ;
- Voter les budgets relatifs à la gestion des branches, actions sanitaires et sociales et des programmes d'investissement ;
- Approuver les conventions passées par la CNAS avec les praticiens médicaux et les établissements de soins privés ainsi que la convention collective du personnel ;

Le conseil d'administration se réunit une fois tous les 3 mois et autant qu'il y a nécessité suite à la demande de son président, de la majorité des membres ou du Ministre de tutelle. Les réunions du Conseil ne sont valables que s'il y a présence des 2/3 des représentants. Les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des voix.

Le Conseil d'Administration de la CNAS est composé des membres suivants :

- 18 membres représentant des travailleurs désignés par les organisations syndicales les plus représentatives au niveau national,
- 7 membres représentant les employeurs désignés par les organisations des employeurs les plus représentatives à l'échelle nationale,
- 2 membres représentant la Fonction Publique,
- 2 membres représentant le personnel de la CNAS désignés par le Comité de Participation.

Les administrateurs sont nommés par arrêté du Ministre chargé du Travail et de la Sécurité Sociale, sur proposition des organisations professionnelles et syndicales concernées, pour une durée de 4 ans renouvelables. Ne sont pas admises comme administrateurs les personnes dont les fonctions et les intérêts sont incompatibles et viennent en antinomie avec ceux de la sécurité sociale.

2.2.1.2. Le Directeur Général

Il est nommé par décret sur proposition du Ministre du Travail, de l'emploi et de la Sécurité Sociale et tient ses pouvoirs directement de la loi et non pas, par délégation du Conseil d'Administration. Son rôle peut se résumer dans les fonctions suivantes :

- Fixer l'organisation du travail dans les services ;
- Licenciement, recrutement et avancement du personnel ;
- Représentation de la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- Ordonnance des recettes et des dépenses de la caisse.

2.2.2. Attributions de la CNAS

Les attributions de la CNAS sont fixées au niveau de l'article 8 du décret n° 92-07 du 04 janvier 1992, portant sur le statut juridique de la CNAS et sur son organisation administrative et financière, qui définit les missions de la caisse comme suit:

- La gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- la gestion les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale ;
- l'immatriculation des assurés sociaux et des employeurs ;
- la promotion les actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- la promotion les actions d'éducation et d'information sanitaires ;

La CNAS prend en charge aussi :

- l'organisation et la coordination de l'exercice du contrôle médical ;
- la réalisation d'établissements à caractère sanitaire et social ;
- le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations de sécurité sociale (Cette fonction est assurée pour le compte de la CNR, pour le compte de la CNAC jusqu'en 1998 et pour la CASNOS jusqu'en 1997) ;
- l'information des bénéficiaires et des employeurs ;
- la passation de conventions avec les praticiens médicaux et les établissements privés de soins ;
- la gestion des prestations familiales pour le compte de l'Etat.

Nous remarquons que tous les aspects de l'assurance maladie, y compris les actions de prévention des maladies et des accidents de travail sont intégrés dans les attributions de cette caisse.

2.2.3. Moyens d'intervention de la CNAS

Pour l'exercice de ses missions la CNAS, dont le siège est situé à Alger, dispose d'un large réseau de structures coiffant les activités de recouvrement des cotisations et des paiements des prestations et d'un siège social situé à Alger et comprenant les services de l'Administration Centrale.

Outre la Direction Générale, l'administration centrale comporte 7 directions :

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

Soulignons aussi l'existence des Agences Régionale qui sont des structures décentralisées, coiffant une ou plusieurs antennes de wilaya selon l'importance de la région. Elles exercent l'autorité sur ces antennes opérationnelles qui sont chargées des activités d'affiliation, de recouvrement des cotisations, du paiement des prestations et du contrôle médical.

Pour accomplir ses missions et en 2006, la CNAS dispose de services centraux de 50 agences de wilaya, de 62 centres de paiement et d'antennes d'entreprise et d'administration, de 29 centres régionaux de traitement informatiques, de 4 établissements spécialisés, dont 2 hôpitaux spécialisés en chirurgie cardio-pédiatrique(Bou-Ismaïl) et en chirurgie orthopédique (El Harrach), d'une clinique de chirurgie ORL (Ibn-Sina) et d'un centre de rééducation(Oran). Par ailleurs la CNAS a sous sa tutelle, 60 pharmacies de solidarité, 37 centres médicaux sociaux, 34 crèches et jardins d'enfants.³²

³²INESG : Le système national de santé et son financement : enjeux et perspectives, INESG, 2007, p. 105.

Les effectifs de la CNAS, au nombre de 14.840 en 1988, sont passés en 1999 à 20.349 pour atteindre 25693 personnes en 2008, enregistrant ainsi, des progressions de l'ordre de 37% durant la période (1988-1999) et de 26% durant la période (1999-2008). En 2006 le budget de fonctionnement représente 14% de l'ensemble des dépenses de la CNAS. Les 85% de ce budget sont constitués de dépenses de personnel³³.

2.3. Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS)

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-salariés CASNOS créée par décret exécutif 92/07 du 04 Janvier 1992 est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non-salariées comme commerçants, artisans, industriels, agriculture, membres des professions libérales³⁴, etc.

A l'instar de l'ensemble du système de la sécurité sociale l'organisation de la branche non salariés a connu de nombreux changements :³⁵

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

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

- De 1958 à 1963, le système a été géré par quatre caisses dont trois régionales : CAVICA à Alger, CAVICO à Oran, CAVIC à Constantine ainsi que la caisse des professions libérales par abréviation CRPL ;
- De 1963 à 1985 : la création du régime d'assurance vieillesse des non salariés du secteur non agricole CAVNOS ;
- Entre 1985 et 1992, la branche des non salariés est intégrée au système de sécurité créé par les lois de 1983, les attributions de la CAVNOS sont assurées par la CNASAT et la CNR ;

³³ Données de la direction générale de la CNAS, Alger.

³⁴ CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CASNOS, 2007, p. 07.

³⁵ CASNOS : Historique de la CASNOS, p.1. In : www.casnos.dz.

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

Le mécanisme de recouvrement de la CASNOS est typique, il est caractérisé par³⁶ :

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

2.3.1. Fonctionnement administratif de la CASNOS

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

2.3.1.1. Le Conseil Administratif

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

- 6 représentants des professions commerciales, désignés par des organisations professionnelles les plus représentatives à l'échelle nationale ;
- 4 représentants des professions agricoles constituées en exploitation et entreprises agricoles privées désignés par les organisations professionnelles concernées les plus représentatives à l'échelle nationale ;
- 4 représentants des professions libérales à raison d'un membre pour chacune des catégories suivantes : santé, barreau, bureau d'étude technique et d'architecture, finance et comptabilité,

³⁶ CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CSANOS, 2007, p. 13.

désignés respectivement par leurs organisations professionnelles concernées les plus représentatives à l'échelle nationale.

- 2 représentants des professions artisanales désignés par leurs organisations professionnelles ;
- 1 représentant du personnel de la CASNOS désigné par le comité de participation.

2.3.1.2. Le Directeur Général

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

2.3.2. Attributions de la CASNOS

La CASNOS a pour principales attributions de :³⁷

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

2.3.3. Moyens d'intervention de la CASNOS

Pour concrétiser ses missions de couverture sociale, de recouvrement des cotisations et de financement des prestations, la CASNOS est structuré en une direction générale composée de 7 directions centrales et de 13 agences régionales. Chaque agence régionale regroupe une ou plusieurs antennes de wilaya, ces antennes au nombre de 53 en tant que structures décentralisées, assurent les activités de prestation sociales, de recouvrement et d'administration, elles sont représentées par des guichets spécialisés aux niveaux de certaines daïras et communes où l'activité des non-salariés le nécessite, ces guichets spécialisés sont au nombre de 57 à fin 2006.³⁸

³⁷ Lourdelle H. et Alii : La protection sociale dans les pays de la méditerranée, Etat des lieux et perspectives, madrid, 2003, p. 13.

³⁸ CASNOS : faites connaissance avec la CASNOS, Direction Générale de la CSANOS, 2007, p. 21.

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

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

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

3. Principes du fonctionnement de l'assurance maladie

L'assurance maladie est un concept qui couvre de larges définitions. L'avènement maladie présente deux caractéristiques particulières: l'incertitude et le coût. La maladie est un phénomène aléatoire qui ne se programme pas et le coût de sa prise en charge varie énormément. A l'origine donc, et compte tenu des caractéristiques particulières de cet avènement, l'assurance maladie se présente comme une garantie contre les risques liés aux états morbides et par conséquent aide les bénéficiaires à faire face aux dépenses de soins et à la perte momentanée ou totale des revenus liés à l'activité³⁹.

Pour cela, l'assurance maladie assure des prestations en nature représentées par le remboursement des frais nécessités par l'état de santé de l'assuré ou de ses ayants droits et des prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières correspondant à des remplacements du salaire durant la période d'arrêt de travail⁴⁰.

La nature des bénéficiaires et les conditions d'ouverture des droits ont beaucoup évolué en Algérie, ils ont connu une évolution particulièrement favorable suite aux lois de 1983. Ces dernières ont permis l'extension de la couverture de l'assurance maladie à d'autres

³⁹ Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS /EMRO, RESSMA, TUNIS, HAMMAMET : 14/16 novembre 2001.

⁴⁰ Dupeyroux J-J. et Pretot X. : Sécurité sociale, éd. Sirey, Paris, 2000, p60.

catégories particulières (handicapés, anciens combattants, apprentis, stagiaires, étudiants, ménages nécessiteux concernés par le filet social, chômeurs émergeant à la caisse de chômage). Une extension qui se traduit par une généralisation du bénéfice de l'assurance maladie à la quasi-totalité de la population algérienne.

3.1. Les bénéficiaires, les conditions d'ouverture des droits et les prestations

L'Algérie dispose d'une assurance maladie comportant une gamme variée de prestations à même de garantir efficacement les bénéficiaires lorsqu'ils se trouvent dans l'obligation d'avoir recours aux soins de santé. Elle comporte :⁴¹

- Des prestations en nature qui consistent dans la prise en charge des frais de soins de santé (actes médicaux et dentaires, analyses et examens de laboratoire, produits médicamenteux, appareillage, hospitalisation, cures thermales, rééducation, transport);
- Des prestations en espèces, destinés à compenser le salaire perdu à l'occasion d'un arrêt de travail pour raison de maladie.

Ce régime de l'assurance maladie concerne à la fois les salariés (CNAS) et les non salariés :

3.1.1. La CNAS

A partir de 1983, la notion d'assuré social s'est considérablement élargie à des catégories sociales particulières qui sont assimilées à des salariés en termes d'avantages et de bénéfices de certaines prestations, et ce grâce à la promulgation des nouvelles lois sur les assurances sociale..

Les données diffusées par la CNAS en 2006, font état d'un nombre impressionnant de bénéficiaires : 8,4 millions de bénéficiaires directs dont 4 173 297 de salariés actifs et en ajoutant leurs ayants droit, le nombre de bénéficiaires dépasserait largement les 90% de la population algérienne⁴².

⁴¹CNAS : L'assurance maladie de la sécurité sociale, l'expérience de la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés, CNAS, 2005, p. 4

⁴² CNAS, Evolution de nombres d'assurés sociaux de la CNAS en Algérie (2001- 2007), direction des statistiques, Direction Générale de la CNAS, Alger, 2008, p. 1.

3.1.1.1. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'assurance maladie sont les assujettis et les ayants droit. Les assujettis sont les travailleurs salariés cotisants et les personnes relevant des catégories particulières qui cotisent à un taux réduit. Les bénéficiaires sont donc composés de trois catégories :

a. Les salariés : Il s'agit de l'ensemble des travailleurs salariés des secteurs public et privé déclarés de tous les secteurs socio-économiques cotisant à taux plein. Dans cette catégorie, sont comprises aussi les catégories particulières qui cotisent à taux réduit et que sont les travailleurs assimilés à des salariés du secteur des arts et de la culture payés au cachet (artistes, comédiens et figurants cotisant à 5%), les personnes de maison employées par des particuliers (cotisant à 2%), des marins pêcheurs à la part embarqués (cotisant à 5%) et tous les apprentis percevant un présalaire égal ou supérieur à la moitié du SNMG (cotisant à 2%).

b. Les catégories particulières : dites aussi « personnes inactives », Cette catégorie comprend des personnes nombreuses et variées. Il s'agit :

- Des anciens combattants (Moudjahidines), des titulaires de pensions au titre des victimes de la guerre de libération et de leurs ayants droit,
- Des handicapés physiques ou mentaux,
- Des étudiants y compris les étudiants étrangers,
- Des personnes titulaires de pensions ou de rentes servies par des organismes de sécurité sociale au titre direct ou de réversion (retraités, veuves non pensionnées de retraités au titre de la réversion, les invalides avec une incapacité permanente partielle d'au moins 50%),
- Des bénéficiaires du filet social,

c. Les ayants droit : Il s'agit des ayants droit des salariés et des catégories particulières et qui sont :

- Le conjoint non salarié et non divorcé,
- Les enfants âgés de moins de 18 ans et de moins de 21 ans quand ils sont scolarisés à charge naturels ou recueillis,
- Les filles majeures non mariées,
- Les enfants infirmes ou incurables,

- Les ascendants (à la charge de l'assuré et de son conjoint) ne disposant pas de revenus supérieurs à la moitié du SNMG y compris les ascendants d'un assuré décédé ne bénéficiant pas de pension de retraite de réversion,
- Les veuves et les orphelins d'un assuré décédé ne bénéficiant pas de pension de retraite de réversion,
- Les ayants droit d'un détenu effectuant un travail pénal,

3.1.1.2. Les conditions d'ouverture de droit

Les conditions à remplir par l'assuré pour ouvrir droit aux prestations sont relativement souples puisqu'il lui suffit de justifier avoir travaillé pendant quinze jours au cours du trimestre civil précédant la date des soins ou de l'arrêt de travail ou pendant soixante jours au cours des douze mois précédant ces mêmes dates. De plus, pour le bénéfice des prestations en nature, l'assuré qui cesse son activité salariée conserve le droit aux prestations pendant une période variable en fonction de la durée de travail effectué avant la cessation d'activité⁴³. Alors, les conditions d'ouverture de droits sont particulièrement simples et favorisent l'accès aux multiples prestations et sont liées à l'emploi. Les droits diffèrent selon la nature des prestations :

a. prestations en espèces :

Elles 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 ans⁴⁴. 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.

b. Les prestations en nature :

Elles sont servies sans limitation de durée dès lors qu'elles ont été effectuées ou prescrites par un médecin et qu'elles figurent sur des nomenclatures ou des listes fixées réglementairement⁴⁵.

⁴³ Chambre Française du commerce : Missions Economiques : Fiche de synthèse : Le marché de la santé en Algérie, Novembre 2006, p.3.

⁴⁴ CNOP : Réformes et Sécurité Sociale : L'expérience Algérienne, CNOP, Mars 2009, p.12.

⁴⁵ Art. 8 de l'ordonnance n° 96-17 du 6 juillet 1996 modifiant et complétant la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, - Les prestations en nature de l'assurance-maladie comportent la couverture des frais: médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'explorations biologiques, électrodiographiques, endoscopiques et isotopiques, de soins et de prothèses dentaires, d'optique médicale, des

Elles correspondent à la prise en charge des dépenses de santé de type préventif et curatif effectuées auprès des professionnels médicaux et paramédicaux habilités sous forme de remboursement ou de tiers payant au profit de l'assuré social et de ses ayants droit. Il s'agit de l'ensemble des actes professionnels définis dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) de 1987, des achats de médicaments et de certains appareillages et des frais d'hospitalisation dans des établissements privés conventionnés.

Le législateur a défini les prestations en nature relatives aux frais devant être remboursés. Il s'agit des :

- Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques,
- Frais d'hospitalisation,
- Frais des diverses explorations (biologiques, radiologiques, électroradiologiques, 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.

3.1.2. La CASNOS

La levée des obstacles institutionnels au développement du secteur privé dans toutes les branches économiques et sociales, à partir de 1988, a multiplié le nombre des non salariés. Ce qui a motivé les pouvoirs publics à leur consacrer une caisse d'assurance propre à eux.

Des dispositions complémentaires ont été apportés par le décret n°96-434 du 30 novembre 1996 restructurant le taux de cotisation et instituant une entraide administrative entre les institutions de l'Etat devant faciliter l'identification des assujettis et augmenter le taux de recouvrement des cotisations et venues compléter le décret n°85-35 du 09 février

cures thermales ou spécialisées en relation avec les pathologies ou affections dont est atteint le malade, d'appareillage et de prothèse, d'orthopédie maxillo-faciale, de rééducation fonctionnelle, de réadaptation professionnelle, de transport par ambulance ou tout autre moyen lorsque ce mode de transport est nécessité par l'état du malade, prestation liées au planning familial.

1985 relatif à la sécurité sociale des personnes exerçant une activité professionnelle non salariée.

3.1.2.1. Les bénéficiaires

La loi oblige toutes les catégories de personnes exerçant une activité non salariée à s'affilier à la CASNOS et de verser leurs cotisations sociales. Les adhérents de ladite caisse et leur ayants droits sont les personnes qui peuvent prétendre à des prestations d'assurance maladie et qui sont définis comme suit⁴⁶ :

Les adhérents : Il s'agit des personnes physiques non salariées qui exercent pour leur propre compte une activité industrielle, libérale et agricole, commerciale, artisanale, ou toute autre activité, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Les ayants droits : sont de trois catégories : le conjoint, les enfants à charge et les ascendants à charge. Le conjoint doit remplir certaines conditions, il ne peut pas prétendre au bénéfice des prestations en nature lorsqu'il exerce lui-même une activité professionnelle rémunérée sauf s'il ne remplit pas les conditions d'ouverture de droit au titre de son activité.

3.1.2.2. Conditions d'ouverture de droits

Pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance maladie de la CASNOS, il faut que l'assuré social doit justifier :⁴⁷

- De la qualité d'assuré social (actif-inactif) au moment de l'événement ;
- D'une durée minimale d'affiliation : cette durée est de 15 jours, elle doit se situer entre la date d'immatriculation et celle des soins,
- Du paiement de ses cotisations y compris les majorations et pénalités de retard vis avis de la CASNOS.

a. Prestations en nature

Ce sont les mêmes prestations prévues par la loi au titre de l'assurance maladie des salariés. Elles concernent la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'explorations, d'appareillages, d'hospitalisation et les autres prestations précédemment

⁴⁶ CASNOS : Conditions d'ouverture de droit à la CASNOS, p. 1. In : www.casnos.dz.

⁴⁷ Idem.

détaillées. Les remboursements se font conformément aux dispositions réglementaires de l'assurance maladie des salariés.

b. Prestations en espèces

Pour la CASNOS il n'y pas d'indemnités journalières pour les prestations d'assurance maladie.

3.2. Les taux de remboursement

Dans le but de modérer la consommation médicale des assurés sociaux auprès du secteur privé (cabinets, cliniques et officines pharmaceutiques), le législateur (article 59 de la loi n° 83- 11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales) a institué un ticket modérateur de 20% à leur charge. Ce qui rend le taux de remboursement des actes professionnels et des médicaments à 80%. Ce ticket modérateur est considéré comme une contribution financière des assurés à la dépense médicale.

Les remboursements s'effectuent sur la base des tarifs réglementaires (actes professionnels cotés à la NGAP de 1987) et des prix des médicaments affichés sur les vignettes collées sur les emballages.

En tenant compte de l'importance de la charge financière difficile à supporter pour de nombreux ménages, des exonérations du ticket modérateur sont prévues pour certains actes professionnels, pour certaines affections et pour des situations particulières des assurés et leurs ayants droit. La liste de ces exonérations du ticket modérateur est donnée par l'article 4 du décret 84-27 du 11 février 1984.

3.2.1. Exonération à raison de la nature des actes

Dans ce cas l'exonération concerne :

- Les actes professionnels affectés d'un coefficient égal ou supérieur à K50,
- Frais engagés suite à la fourniture de sang, plasma ou de leurs dérivés,
- Frais de placement des enfants prématurés en couveuses,
- Lorsque la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours,

- Frais concernant les grands appareillages, l'orthopédie maxillo-faciale, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation professionnelle (frais engagés pour l'acquisition, l'installation, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie),
- Frais médicaux engagés au delà du quatrième mois d'interruption de travail lorsque le traitement a nécessité une cessation de travail supérieure à un trimestre.

3.2.2. Exonération à raison de la nature de l'affection

Il s'agit des affections qui sont souvent de longue durée et qui sont fixées par l'article 21 du décret n°84-27, il s'agit de :

- La tuberculose sous toutes ses formes
- Les psycho-névroses graves,
- Les maladies cancéreuses,
- Les hémopathies,
- La sarcoïdose,
- L'hypertension artérielle maligne,
- Les maladies cardiaques et vasculaires (l'infarctus du myocarde, les angines de poitrine, les pontage aorto-coronariens, les remplacements valvulaires prothétiques, les valvulopathies décompensées, les maladies athéromateuses évoluées, l'arthérite des membres inférieurs, l'accident vasculaire cérébral méningé ou cérébro-méningé, les troubles du rythme avec stimulateur),
- Les maladies neurologiques (la sclérose en plaques, les syndromes extra-pyramidaux, les paraplégies, les hémiplésies, les épilepsies du lobe tempéral myocloniques et post-traumatiques),
- Les maladies musculaires ou neuro-musculaires (les polynévrites, les amyotrophies spinales progressives, les myopathies, les myasthénies),
- Les encéphalopathies,
- Les néphropathies,
- Les rhumatismes chroniques, inflammatoires ou dégénératifs (les spondylarthrites ankylosantes, les polyarthrites rhumatoides, les arthroses graves),
- La périarthrite noueuse,
- Le lupus érythémateux disséminé,
- Les insuffisances respiratoires chroniques par obstruction ou restriction,

- La poliomyélite antérieure aiguë,
- Les maladies métaboliques (diabète, dysprotéïnémies, dyslipidoses),
- Les cardiopathies congénitales,
- Les affections endocriniennes complexes,
- Le rhumatisme articulaire aigu (RAA),
- L'ostéomyélite chronique,
- Les complications graves et durables des gastrectomies et les maladies ulcéreuses,
- Les cirrhoses du foie,
- La recto-colite hémorragique,
- Le pemphigus malin et les psoriasis,
- L'hydatidose et ses complications.

3.2.3. Exonération à raison de la qualité de l'assuré

L'exonération du ticket modérateur est accordée à un certain nombre d'assurés remplissant des conditions particulières. Il s'agit notamment :

- Des titulaires d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50%,
- Des titulaires d'une pension d'invalidité ou de retraite substituée à une pension d'invalidité égale ou inférieure au SNMG,
- Des titulaires d'une pension de retraite égale ou inférieure au SNMG,
- Des titulaires d'une pension de retraite de réversion dont le montant est égal ou inférieur au SNMG,
- Des ayants droit d'un travailleur décédé lorsque le bénéfice des prestations en nature a été maintenu,
- Des titulaires d'une allocation aux vieux salariés ou d'un secours viager inférieur ou égal au SNMG.

3.3. Le système du tiers payant

Le renchérissement des prix des médicaments suite aux dévaluations successives intervenues en application du plan d'ajustement structurel dans les années 90, à pousser la CNAS à instituer un mécanisme dit de « tiers payant 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 (conventionnées avec la CNAS). Les agences se font rembourser après remise du dossier (ordonnance sur laquelle sont apposées les vignettes des médicaments prescrits et servis, feuille de maladie et copie de la carte ouvrant ce droit)⁴⁸.

Ce système allège en partie la trop forte pression sur les centres payeurs de la CNAS et évite les lourdeurs bureaucratiques des remboursements. Ce système va être étendu à d'autres catégories de bénéficiaires et il est en voie d'être généralisé à l'intégralité des assurés sociaux et aux régions du pays. Ajouté à cela, l'introduction ces dernières années de la carte CHIFA qui peut jouer un rôle important dans la réussite de ce système.

Après l'application du tarif de référence, la CNAS répondait au problème de variation des prix de médicaments causé par la florescence du marché privé du médicament et arrivait à réduire très visiblement ses dépenses dans ce poste.

Il faut souligner l'existence de plusieurs mutuelles sous forme d'organisation associatives organisées selon les branches économiques et administratives et qui proposent de nombreuses aides sociales (frais de circoncision, frais de lunetterie...) dont la prise en charge des 20% du ticket modérateur.

3.4. La tarification

La tarification concerne les actes professionnels des médecins et des auxiliaires et les produits pharmaceutiques.

3.4.1. Les prestations en nature

Elles sont tarifées selon la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). En vertu des dispositions des différentes lois et décrets réglementant le fonctionnement des assurances sociales et notamment 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.

⁴⁸Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, OMS /EMRO, RESSMA, TUNIS, HAMMAMET : 14/16 novembre 2001.

Ce texte de référence a été complété par 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. Il est dit dans les dispositions générales de la NGAP qu'elle «s'impose aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer le type et la valeur des actes techniques qu'ils effectuent d'une part aux administrations concernées pour mesurer les activités des services et les coûts de santé et d'autre part aux organismes de sécurité sociale en vue d'effectuer le calcul de leur participation ».

Les objectifs visés par la nomenclature sont la mesure des activités des services et le calcul des coûts devant servir de base à la détermination de la participation financière de la sécurité sociale au budget de fonctionnement des hôpitaux (forfait hôpitaux). Or, sur le terrain la participation financière de la sécurité sociale au budget de fonctionnement des hôpitaux continue, et ce depuis 1974, à être déterminée forfaitairement en fonction du niveau des recettes de la sécurité sociale.

Par contre, c'est sur le plan des remboursements que cette nomenclature trouve un usage certain. 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 :

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 santé.

Le coefficient est un nombre réel indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel. Ces coefficients sont indiqués dans la nomenclature pour chaque nature d'acte. En fait, ces coefficients sont censés moduler le niveau de technicité de l'acte, sa durée, les risques qui lui sont liés et les dépenses engagées pour sa réalisation notamment celles portant sur le matériel.

Cependant, 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. C'est pour cela qu'il faut élaborer une nouvelle nomenclature basée sur des études réelle de terrain qui va avec les données de notre système économique.

3.4.2. Les prestations en espèces

Les prestations en espèces prennent la forme d'indemnités journalières versées au travailleur assuré social malade en compensation de la perte de son salaire due à la maladie. Ce sont en fait des revenus de remplacement.

Calculées sur la base du salaire de poste, elles sont dues pour chaque jour ouvrable ou non à partir de la date de prescription médicale de l'arrêt du travail. L'indemnité journalière ne peut excéder le salaire de poste journalier.

3.4.2.1. Les conditions d'ouverture

Pour avoir droit aux prestations en espèces, l'assuré doit être en activité professionnelle rémunérée au moment de l'avènement de la maladie et doit avoir effectivement travaillé :

- soit au moins neuf (09) jours ou soixante (60) heures au cours du premier trimestre précédant la maladie,
- soit au moins trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours de l'année précédant la maladie.

3.4.2.2. Les bénéficiaires et les modalités d'octroi

Cette prestation concerne exclusivement l'assuré social salarié et elle n'est pas extensible aux ayants droits et elle se calcule à la base du salaire de poste net.

Pour éviter les abus, le législateur a institué des conditions strictes pour l'octroi des indemnités journalières :

- 50% du salaire si l'arrêt du travail est égal ou inférieur aux 15 premiers jours,
- 100 % du salaire à partir du 16ème jour.

Cependant, dans des cas particuliers, cette indemnité est versée au taux de 100% lorsque le travailleur assuré social est :

- hospitalisé dans une structure hospitalière publique,

- atteint d'une affection de longue durée (maladies présentées au paragraphe des remboursements et définis par le décret n° 84-27 du 11 février 1985 actualisé en 1995).

La validité de cette prestation peut avoir des durées variables :

- elle ne peut excéder trois (3) ans sauf en cas d'interruption et de reprise du travail durant cette période pendant au moins un an pour laquelle le travailleur peut bénéficier de l'ouverture d'un nouveau délai de trois (3) ans,
- en cas d'autres affections que celles de longue durée, le bénéfice de cette indemnité ne peut excéder durant deux ans plus de trois cent (300) indemnités journalières,

Les services de l'organisme de sécurité sociale peuvent prolonger la durée de cette indemnité pour une année supplémentaire s'il est jugé que la reprise du travail ou sa nature favorisent l'amélioration de la santé du travailleur ou si ce dernier pratique une rééducation fonctionnelle ou une réadaptation professionnelle en vue de son insertion professionnelle pour un emploi compatible avec son état de santé.

Enfin, le bénéficiaire ne doit pas exercer une activité rémunérée ou non durant cette période et ne peut cumuler cette indemnité avec les indemnités de maternité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

4. Insuffisances organisationnelles et de gestion de l'assurance maladie en Algérie

Il s'agit ici de présenter quelques lacunes et insuffisances concernant l'assurance maladie.

4.1. Insuffisances de gestion

Le mode de gestion en vigueur des organismes de sécurité sociale est défini par le décret n°92-07. Ce texte réglementaire fixe de larges prérogatives aux conseils d'administration. Ce mode de gestion doit permettre⁴⁹ : d'une part de mobiliser les autres partenaires sociaux de l'institution en particulier les représentants des employeurs économiques et de préserver les prérogatives de l'Etat en sa qualité d'employeur, de législateur et de garant des grands équilibres socio-économiques.

⁴⁹ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, p.31

Néanmoins, dans la pratique, ce mode de gestion a révélé une certaine inefficacité pour imposer des règles plus transparentes et performantes tendant à rapprocher l'institution de ses assurés et à garantir une utilisation plus rationnelle et judicieuse des ressources de la sécurité sociale. Cette situation entretient, dans les faits, un vaste flou quant à la responsabilité des uns et des autres sur la préservation des équilibres financiers du système.

Une autre insuffisance concerne la faiblesse de la structure interne des caisses. En effet, l'Organisation internationale de travail préconise qu'une bonne organisation de la sécurité sociale se base sur la réduction du nombre de niveaux hiérarchiques.⁵⁰ Or, l'article 34 du décret n° 92-07 stipule que la direction de la CNAS comprend le directeur général, le directeur adjoint, l'agent chargé des opérations financiers, les directeurs centraux et les directeurs d'agence. L'existence d'un grand nombre de niveaux hiérarchiques implique que chaque employé reçoit des ordres de plusieurs chefs hiérarchiques, ce qui conduit à la réduction de l'efficacité de communication et de contrôle.

La seconde source d'inefficacité établie par l'Organisation Internationale du Travail est que le degré d'efficacité dans l'organisation de la sécurité sociale diminue à mesure que le nombre du subordonné augmente. Ainsi, le tableau 2, qui renseigne sur la répartition de l'effectif de la CNAS en fonction des catégories socioprofessionnelles, indique que 62,67% de cet effectif représentent les agents de maîtrise et que seulement 1,89% sont des cadres supérieurs soit un centième de l'ensemble des effectifs. Aussi, le ratio (agent d'exécution et de maîtrise/ cadres) montre que chaque cadre (supérieur ou moyen) aura en moyenne six subordonnés à ses commandes.

Tableau 2 : Répartition de l'effectif de la CNAS au niveau national par catégories socioprofessionnelles arrêté au 31 mars 2008.

Catégories socioprofessionnelles	Le nombre	%
Maîtrise	16101	62,66
Exécution	6098	23,7
Cadres moyens	3009	11,71
Cadre supérieurs	485	1,89

Source : Direction Générale de la CNAS (Alger).

⁵⁰ Organisation International du travail : L'administration de la sécurité sociale, OIT, p.56

4.2. Insuffisances organisationnelles et fonctionnelles de l'assurance maladie en Algérie

Au plan organisationnel et fonctionnel, nous citerons les principales faiblesses suivantes :

Tableau 3 : Evolution des frais de fonctionnement de la CNAS en Algérie.

Années	Frais de fonctionnement	Part des frais de fonctionnement dans le total des dépenses de la CNAS en %
1995	4 704 645 000	-
1996	5 591 663 000	-
1997	6 136 171 000	-
1998	6 739 821 000	-
1999	10 276 390 025	13,95
2000	11 296 238 601	14
2001	12 500 575 459	15,5
2002	20 470 111 800	20,73
2003	15 340 701 842	14,41
2004	20 435 022 569	15,88
2005	36 212 400 993	22,67
2006	23 595 975 653	14,67

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS, Alger.

Premièrement, l'importance des dépenses consacrées à la gestion administrative des organismes de sécurité sociale. En fait, des dérives dans la prise en charge de la diversité des fonctions dévolues à la sécurité sociale ont été constatées, du fait de la multiplication des caisses accroissant ainsi le coût de gestion. Ce coût est composé, des dépenses du personnel, des frais de fonctionnement des services, des travaux d'entretien et de maintenance des équipements. Le tableau 3 indique que les dépenses de fonctionnement ont connu une augmentation allant de 4,704 milliards de DA en 1995 à 23,595 milliards de DA en 2006 soit une augmentation multipliée par 5 au cours de cette période. Aussi, la part des frais de fonctionnement dans le total des dépenses de la CNAS a été estimée à 14,67% en 2006 soit septième de ces dépenses.

Deuxièmement, l'absence d'une comptabilité analytique permettant d'apprécier la gestion des recettes et des dépenses par type d'assurés sociaux et par type de risque à l'effet de situer les raisons des déséquilibres ;

Troisièmement, la faiblesse de l'outil statistique qui renseigne mal et en tout cas de manière incomplète sur les réalités complexes que couvre le système de sécurité sociale.

Quatrièmement, la qualité de la prestation fournie aux assurés demeure fortement contestée par les usagers. Les raisons de cette faiblesse seraient dues notamment :

- à une gestion encore peu performante : le traitement des dossiers est demeuré jusqu'à une date récente faiblement automatisé, sinon encore manuel du fait du retard enregistré dans l'introduction de l'outil informatique au niveau des agences ;
- au faible niveau de qualification du personnel dont le niveau d'instruction paraît insuffisant : 12 % sans niveau, 20,5% ont un niveau d'instruction primaire et 34,5 % le niveau du secondaire. Seulement 5% des travailleurs sont universitaires dont plus de la moitié constituée par le personnel médical (médecins et dentistes)⁵¹.

Alors, il convient de corriger la structure organisationnelles et administrative du système d'assurance maladie et parachever la modernisation de sa gestion pour une meilleure rapidité dans le traitement des dossiers, l'utilisation de nouvelles technologies et concourir à l'amélioration des performances du système pour sauvegarder sa pérennité et assurer une prise en charge efficace efficiente du risque maladie.

III. LES LIMITES REGLEMENTAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE

En raison d'impératifs liés à la protection et à la préservation de la santé publique, le système algérien d'assurance maladie est très fortement réglementé. Ses textes réglementaires sont relativement bien disséminés et vulgarisés. Ainsi, un recueil de documentations juridiques, regroupant l'ensemble des législations et réglementations applicables au domaine de l'assurance maladie, a été réalisé permettant ainsi de donner une bonne vue d'ensemble sur les activités d'assurance maladie. Néanmoins, cette réglementation souffre d'insuffisances flagrantes dans son ancrage législatif.

⁵¹ Rapport CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, 2001, p.32.

1. Une législation incomplète et imprécise

En matière d'assurance maladie, l'imprécision de la législation algérienne concerne toute contradiction conduisant le lecteur à ne pas comprendre le sens exact des articles, ce qui implique quelques ambiguïtés dans l'appréhension de la législation qu'il incombe au législateur de compléter et de préciser dans le but d'éviter toute interprétation restrictive.

Dans ce sens, nous pouvons citer quelques domaines d'imprécision :

Quand les dispositions du règlement utilisent la notion de prestations d'assurance maladie, elles visent les prestations services consécutivement au risque maladie : en nature et en espèce. De façon générale, la définition de ces prestations repose essentiellement sur les éléments constitutifs à son objet notamment sa finalité, ses conditions d'octroi et, plus particulièrement, la position légalement définie qu'elle confère au bénéficiaire. Cependant, il n'existe aucune définition législative de la notion du risque maladie, nous ne savons donc pas s'il faut l'appréhender au sens strict (malaise physique) ou dans un sens plus large. Ainsi, le législateur algérien a basé toute la réglementation sur un risque qui n'est pas défini au préalable, ce qui constitue l'une des limites majeures de la législation algérienne.

D'autres définitions manquent également dans la réglementation de l'assurance maladie en Algérie. C'est le cas, notamment, des prestations en nature qui sont définies conformément à l'article 8 de la loi n° 83-11 comme étant les dépenses engagées pour les actes suivants : Médicaux, chirurgicaux, pharmaceutique, d'hospitalisation, d'explorations biologiques, électro-radiographiques, endoscopiques et exotiques, de soins et de prothèses dentaires, d'optique médicale, de cures thermales ou spécialisées en relation avec les pathologies ou affectations dont est atteint le malade, d'appareillage et de prothèse, d'orthopédie maxillo-faciale, de rééducation fonctionnelle, de réadaptation professionnelle, de transport par ambulance ou tout autre moyen lorsque ce mode de transport est nécessité par l'état du malade, de déplacement en cas de convocation pour un contrôle médical ou une expertise et par la commission d'invalidité lorsque le traitement ou les soins ne peuvent être dispensés dans sa commune de résidence, de prestations liées au planning familial. Ainsi, aucun lecteur, quelque soit son niveau d'instruction, mis à part le personnel médical, ne peut assimiler ces concepts qui sont beaucoup plus d'ordre médical. Or, nous savons que la législation est destinée au grand public afin que chaque citoyen puisse connaître ses droits et

les faire valoir. Il serait donc plus approprié que la réglementation prévoit et définit de façon simplifiée chaque acte précédemment cité.

De plus, l'article 7 de la loi n° 83-11 définit les prestations en espèces comme étant l'attribution d'une indemnité journalière au travailleur salarié contraint, pour cause de maladie, d'interrompre momentanément son travail. Cette définition a apporté une nouveauté à l'ancienne formation du même article qui manquait de précision quant à la personne pour laquelle l'indemnité journalière est adressée. En effet, dans l'ancienne formation, l'attribution des prestations en espèce était uniquement le fait des travailleurs, ce qui ne correspond pas à la réalité où ce sont seulement les salariés qui bénéficient des indemnités journalières et non pas l'ensemble des travailleurs. Ainsi, la nouvelle formation est beaucoup plus précise que l'ancienne.

Néanmoins, l'article 14 de la loi n° 83-11 stipule qu'un travailleur se trouvant dans l'incapacité physique ou mentale de continuer ou de reprendre son travail a droit à une indemnité journalière. Nous soulignons une certaine contradiction dans la mesure où la notion de travailleur est très large et regroupe aussi bien les salariés et les travailleurs pour leur propre compte ainsi que les travailleurs assimilés à des salariés. Le constat est dans deux articles (Art. 7 et art. 14) d'une même loi (La loi n° 83-11), les définitions sont différentes ce qui laisse la porte ouverte aux confusions. Il est donc nécessaire de revoir la définition se rapportant à l'article 14 pour une nécessaire précision permettant au lecteur de connaître ses droits sans laisser le champ libre aux ambiguïtés.

2. Une législation inadaptée et dépassée

La réglementation Algérienne est, sans doute, décalée avec la situation actuelle de l'Algérie qui est marquée par de profonds changements intervenus avec la transition économique et épidémiologique.

Dans ce contexte, l'article 3 de la loi n° 83-11 prévoit le bénéfice des prestations en nature d'assurance maladie à différentes catégories de salariés et de non salariés y compris pour ceux du secteur agricole. Or, les salariés agricoles ne s'acquittent plus du paiement de leur cotisation. A priori, cette catégorie ne devrait pas profiter des prestations d'assurance maladie quelles qu'elles soient. Le législateur algérien devrait donc revoir cet article en lui apportant une modification qui est d'exclure définitivement cette catégorie du bénéfice des

prestations d'assurance maladie malgré le fait qu'elle soit exposée au risque maladie en permanence.

Aussi, nous évoquons la réglementation relative aux Affections de Longues Durées (ADL) qui mériterait d'être actualisée et complétée. Ces affections sont constituées de maladies nécessitant des soins d'une durée supérieure à six mois impliquant ainsi des traitements coûteux. A priori, le décret n° 84-27 prévoit l'ensemble des affections jugées de longue durée par la législation Algérienne. Cette liste n'est cependant pas exhaustive et devrait être régulièrement modifiée et complétée afin de correspondre à la situation épidémiologique en vigueur.

En outre, certaines maladies de longue durée ont été négligées et exclues de la liste des Affections de Longues Durées (ADL) à l'image de l'hépatite chronique B et C et l'infection par le VIH qui sont des affections de type virale n'ayant pas la même ampleur que dans le passé ainsi que la maladie de l'Alzheimer qui est une maladie neuro-dégénérative du tissu cérébral qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales. La maladie d'Alzheimer n'est pas récente, bien au contraire, elle existait déjà depuis des siècles, mais son actuelle ampleur est due au fait que la population Algérienne vit de plus en plus longtemps, avec une espérance de vie qui est passée de 50 ans en 1962 à 76 ans en 2007.⁵²

Ces affections, qui ne sont pas incluses dans la liste des affections de longue durée, ont été néanmoins comprises dans la réglementation d'autres pays notamment en France. Le choix d'intégrer ces trois pathologies (Hépatite, Sida et Alzheimer) dans la liste des Affections de Longues Durées en Algérie est nécessaire car en plus de leur durée qui est supérieure à six mois, leur coût de prise en charge et leur prévalence sont d'égale importance. Ainsi, l'Algérie n'échappe pas à ces phénomènes qui sont de plus en plus diffus sur le territoire national et qui sont pris en charge non pas par l'assurance maladie mais plutôt par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

A titre d'exemple, le traitement de l'hépatite virale coûte à l'Algérie 150 millions de centimes par malade et par an.⁵³ Des études effectuées par le MSPRH ont indiqué que sur 200 hépatiques chroniques 44 % ont été contaminés par transfusion sanguine, impliquant un taux de prévalence de 4,1 cas pour 100.000 habitants pour l'hépatite B et de 2,5 cas pour 100.000

⁵² www.ons.dz

⁵³ Organisation Mondiale de la santé, rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2007.www.who.int

habitants pour l'hépatite C en 2007 soit un nombre de cas de 1.400 cas d'hépatite B et de 1.000 cas d'hépatite C pour la même année.⁵⁴

En ce qui concerne l'infection du Sida, l'Algérie a enregistré entre décembre 1985, date du premier cas diagnostiqué, et juin 2003 quelques 605 cas de Sida et 1.373 personnes séropositives.⁵⁵ Concernant ce nombre de séropositifs, qui n'est pas négligeable, il serait inférieur à la réalité en raison d'un dépistage qui n'est pas systématique. Il revêt, néanmoins, une dépense moyenne de prise en charge d'un sidéen d'un million de Dinars par an.⁵⁶

Les données relatives à ces deux premières pathologies renseignent que ce sont des maladies qui constituent un véritable problème de santé publique en Algérie. Ainsi, l'implication des organismes d'assurance maladie dans l'intégration de ces maladies dans la liste des ADL est nécessaire afin de décentraliser le traitement de ces pathologies pour une plus grande prise en charge.

D'autre part, la maladie d'Alzheimer a nettement été vulgarisée en Algérie qui compte quelques 24 millions dans le monde dont 100.000.⁵⁷ Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont livrées à elles-mêmes et les plus chanceuses sont prises en charge par leurs familles et sont tant bien que mal accompagnées dans leur souffrance. Ainsi, aucun programme national n'est consacré à cette frange de la société par les caisses d'assurance maladie ou leur tutelle. Il est donc contraire à l'éthique de négliger cette affection pour le respect du principe de la solidarité intergénérationnelle.

Par conséquent, il est impératif d'établir régulièrement des études et des enquêtes au sein des ménages et du personnel médical sur la situation épidémiologique de toutes les Wilayas du pays, afin de déterminer quelles sont les maladies les plus fréquentes pour les inclure dans la liste des Affections de Longues Durées. Ainsi une révision régulière de la liste s'avère indispensable.

3. Une législation difficile à appliquer dans la réalité

Les efforts fournis dans l'établissement de la législation n'ont pas été suivis des résultats escomptés en raison des difficultés apparentes quant à son application dans la réalité.

⁵⁴ Organisation Mondiale de la santé, rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2007. www.who.int.

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Idem

Un certain nombre d'articles de loi et de règlements sont beaucoup plus touchés que d'autres à l'image de l'article 7 de la loi n° 83-14, relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale, qui stipule que : Le défaut de déclaration d'activité de l'assujetti donne lieu à une pénalité de deux mille Dinars (2.000 D.A.), majoré de 10 % par mois de retard, néanmoins, les organismes d'assurance maladie n'appliquent pas régulièrement cette pénalité en raison des difficultés de contrôle des employeurs dans la réalité.

De plus, l'article 13 de la loi n° 83-11, stipule que : Le dossier médical doit être adressé ou présenté à l'organisme de sécurité sociale, dans les trois mois qui suivent le premier acte médical. La législation prévoit que le défaut d'accomplissement de cet article peut entraîner des sanctions allant jusqu'à la déchéance du droit aux prestations. Cet article est également difficile à appliquer dans la réalité car le travailleur assuré en Algérie travaille du Dimanche au Jeudi de huit heures (08 H.00) à seize heures trente minutes (16 H.30). Il reste seulement la journée du Samedi où pratiquement tous les travailleurs assurés sociaux se rendent aux organismes de la CNAS impliquant ainsi le phénomène de file d'attente, ce qui exacerbe les individus et entraînent des complications. A la longue, ces derniers ont tendance à abandonner leur droit de bénéficier des prestations d'assurance maladie.

4. Une législation incohérente

L'incohérence de la législation Algérienne en matière d'assurance maladie réside des modifications qu'on peut lui apporter afin de la rendre plus efficace. En effet, contrairement aux limites précédentes qui visent une reformulation de la législation pour une meilleure application et précision. Cette limite vise, en plus, un apport supplémentaire à la législation pour mieux la développer en tenant compte des impératifs du terrain.

En vertu de la loi n° 83-11, les dispositions de la réglementation de l'assurance maladie sont applicables à plusieurs catégories de la population Algérienne. En effet, l'Algérie a élargi les bénéficiaires des prestations d'assurance maladie à trois catégories de travailleurs (salariés, travailleurs assimilés à des salariés et les non salariés travaillant pour leur propres comptes), en plus des inactifs et des ayants-droit. Pour les travailleurs salariés et ceux assimilés à des salariés, la législation Algérienne à travers l'article 3 de la loi n'a pas limité les secteurs d'activités et les types de régimes qui sont concernés par ces dispositions.

Par contre, pour les non salariés, l'article 4 de la loi n° 83-11 stipule qu'ils sont privés des prestations en espèces maladie. En effet, cette catégorie devrait bénéficier des mêmes

prestations que les salariés du moins pour ceux qui s'acquittent de la cotisation patronale à temps. En effet, en cas de maladie, les non salariés seront contraints d'arrêter leur travail momentanément afin de rétablir leur santé mais, en même temps, leur profit se verra diminuer. Ainsi, une certaine discrimination est observée entre les salariés et les non salariés. Il convient donc de faire bénéficier à certains éléments de cette catégorie de non salariés le droit aux indemnités journalières maladie (Plus particulièrement pour ceux qui sont jugés solvables) tout en renforçant leur contrôle.

Aussi, un assuré qui profite d'un arrêt de travail se doit de respecter certaines obligations conformément à l'article 26 du décret n° 84-27, fixant les modalités d'application du titre II de la loi n° 83-11, relatives aux assurances sociales. L'assuré est contraint de ne se livrer à aucune activité professionnelle, de ne pas se déplacer ni quitter son domicile sauf autorisation du médecin traitant et avis de l'organisme de sécurité sociale. Cet article précise que le praticien doit indiquer sur l'arrêt de travail si les sorties sont autorisées ou non. Si les sorties sont autorisées, elles doivent se situer entre 10 heures et 16 heures. L'objectif de cet article est double :

- D'une part, prendre en compte les spécificités liées aux pathologies les plus lourdes et donc autoriser, sur avis médical, des heures de sorties plus ou moins larges.
- D'autre part, poursuivre la lutte contre les arrêts de travail abusifs en facilitant l'organisation des contrôles. C'est pourquoi le texte prévoit des créneaux horaires où le patient est à son domicile.

Ces dispositions antérieures imposent à l'assuré de respecter les heures de sorties autorisées fixées par le praticien. Nous soulignons que le législateur Algérien a assoupli les heures de sortie qui correspondent à 6 heures par jour, alors qu'elles n'excèdent pas trois heures consécutives par jour pour d'autres législations notamment en France.

Notons également que concernant les indemnités journalières de courte durée, l'article 14 de la loi n° 83-11, prévoit que les salariés cotisants au régime général bénéficient, lorsqu'ils sont dans l'incapacité de continuer ou de reprendre le travail, d'une prise en charge à compter du premier jour d'arrêt maladie sur la base de 50 % du salaire pendant les 6 premiers mois. Cette situation peut entraîner certains abus en raison du fait que l'individu éprouve une aversion au travail. Ainsi, avec la complicité de son médecin, l'assuré peut bénéficier d'un congé maladie sans qu'il soit pour autant malade. Par conséquent, il serait

plus judicieux de faire bénéficier des indemnités journalières de courte durée à compter du troisième ou quatrième jour pour éviter toute infraction pour que le travailleur ne prenne pas le risque de ne pas être rémunéré pendant ces 3 ou 4 jours.

De plus, en termes de fraudes liées à l'octroi des indemnités journalières, la législation prévoit des mesures pour y faire face. Cependant, la maîtrise des arrêts de travail ne doit pas uniquement viser le patient, mais passe également par l'encadrement des pratiques des prescripteurs où nous constatons l'inexistence de décrets ou de règlement établis par le législateur Algérien pour vérifier la responsabilisation du prescripteur.

D'autre part, en matière d'affection de longue durée, l'article 19 de la loi n° 83-11 prévoit que l'organisme de sécurité sociale doit faire procéder périodiquement à un examen médical du bénéficiaire conjointement avec son médecin traitant, afin de fixer le traitement approprié à suivre. De plus, l'assuré se doit de se soumettre, s'il veut bénéficier des prestations, aux visites médicales et examens nécessités par son état ainsi qu'aux traitements et mesures de toute nature. Toute cette procédure, bien qu'elle soit à première vue simple à appliquer, nécessite des délais extrêmement longs pour que les contrôles et les vérifications nécessaires soient établis, ce qui est préjudiciable pour l'assuré atteint de ces affections qui abandonne son droit.

En matière d'incohérence de la législation, certains actes médicaux sont soumis à la commission de l'entente préalable à l'image des actes de radiothérapie de haute énergie ou encore des frais de lunetterie lorsqu'il s'agit de verre de contact ou de verres teintés. Ces actes ne sont pris en charge qu'après accord du contrôle médical.⁵⁸ La composition de cette commission est fixée par voie réglementaire par l'article 9 bis de la loi n° 86-15, elle comprend :

- Deux représentants des travailleurs.
- Deux représentants des employeurs.
- Deux représentants de l'administration.

Nous remarquons l'absence d'un médecin dans la composition de cette commission, ceci semble illogique étant donné que c'est le médecin qui est le plus à même de défendre les intérêts de son patient. En effet, qui d'autre, à part le médecin traitant pourrait juger de l'importance d'inclure certaines prestations en nature pour le remboursement.

⁵⁸ Hanouz M. et Khadir M., op. cit., p.36

Aussi, en cas de litige d'ordre médical entre l'assuré et l'organisme de sécurité sociale, la législation a mis en place le contentieux médical conformément au titre III de la loi n° 83-15 pour le règlement de ces litiges. Une expertise médicale est nécessaire pour mener à bien l'activité de contentieux, et la désignation de l'expert constitue la première étape de cette procédure. Celui-ci, dans le cas d'absence d'un accord entre le médecin conseil et l'assuré quant à sa désignation, figure sur une liste établie par le Ministre de la santé en vertu de laquelle l'expert est désigné par le Directeur de santé de chaque Wilaya. Cependant, il y a lieu de remarquer que ni la législation, ni la réglementation n'a prévu les modalités de l'établissement de cette liste des praticiens experts. Ces derniers sont inscrits par la seule volonté du Directeur de la santé de chaque Wilaya.

CONCLUSION

A travers le temps, l'Algérie a consenti d'énormes efforts pour édifier un système d'assurance maladie à caractères obligatoire et solidaire dont le rôle primordial est la sauvegarde de la santé en assurant la couverture à la quasi-totalité de la population. Et ce, en élaborant des législations et des mécanismes de financement appropriés qui répondent aux attentes de larges couches sociales de la population en matière d'accessibilité.

Cependant, l'efficacité de ce système passe inéluctablement par son bon fonctionnement et par une coordination entre tous ses acteurs, c'est pourquoi qu'il est recommandé de remédier aux lacunes constatées du système et ce : En renforçant la fonction de recouvrement qui a un rôle très important pour réduire au maximum les phénomènes de l'évasion fiscale, de la sous déclaration et la sphère informelle. En développant des programmes de formation au personnel dans le but d'améliorer le fonctionnement du système en améliorant leurs compétences. Et en fin, en clarifiant les textes de lois et en les actualisant, notamment pour les tarifs de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de 1987 qui ne conviennent plus à la réalité économique.

CHAPITRE III :

**FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET SA
CONTRIBUTION DANS LE FINANCEMENT DES SOINS EN
ALGÉRIE**

CHAPITRE III : FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET SA CONTRIBUTION DANS LE FINANCEMENT DES SOINS EN ALGERIE.

INTRODUCTION

Depuis sa création en Algérie, l'assurance maladie et à travers ses organismes, essaye de répondre aux besoins de ses assurés sociaux, tout en tentant de préserver son équilibre entre les recettes collectées et les prestations fournies.

L'objectif de ce chapitre est l'analyse du financement de l'assurance maladie et sa contribution dans le financement des soins en Algérie. Ce chapitre est organisé en trois sections. La première portera sur l'évolution des dépenses de santé et leur source de financement en Algérie. Dans la deuxième section, nous analyserons l'évolution des dépenses et des recettes des caisses d'assurance maladie et d'en déduire les différents facteurs déterminants des difficultés de ces caisses pour réaliser leur équilibre financier. Enfin, dans la troisième section, nous exposerons quelques mesures prises dans le but de rationalisation des dépenses d'assurance maladie et leur maîtrise.

I. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS ET FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE

Le système de soins algérien s'est préoccupé, depuis l'indépendance, de développer des infrastructures sanitaires lourdes et légères pour assurer une couverture sanitaire de qualité à toute la population. Cela est accompagné par la mobilisation de moyens, humains, matériels et financiers très importants.

Le financement de la santé fait référence, d'une part à : l'origine, le montant, et le mode de prélèvement des ressources à utiliser, et d'autre part aux recouvrements des circuits, des mécanismes, et des institutions à travers lesquels ces ressources monétaires transitent, pour aboutir à la délivrance et à la consommation de biens et de services¹.

¹ Levy E. : « Santé, le temps du financement », revue d'économie financière n° 34, édition le monde, 1995, numéro spécial : Le financement de la santé, p.9

Les systèmes de couverture collective de santé sont extrêmement variables d'un pays à un autre. De plus à l'intérieur d'un même pays, peuvent coexister plusieurs sous systèmes dont l'articulation entre eux et avec le système de soins peut être différemment organisée².

En Algérie, après un certain nombre de modifications importantes voire majeures, on aboutit à l'instauration et la coexistence d'un service national de santé progressivement constitué et d'un système d'assurance maladie obligatoire progressivement étendue à des catégories de bénéficiaires de plus en plus large, articulés de façon spécifique »³.

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

Le système de santé algérien est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et ceux de santé publique, et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé⁴.

La participation des différentes sources de financement du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années soixante dix, où on constate une régression de la participation de l'Etat laissant la charge la plus importante à la sécurité sociale en première position, et aux ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé, ce qui peut poser des problèmes en matière d'équité et d'accès aux soins.

1. Evolution historique et organisationnelle du système de soins en Algérie

Le système de santé en Algérie s'est construit au lendemain de l'indépendance sur la base d'un existant qui, au-delà d'une infrastructure, renvoie à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses. C'est la conception libérale de l'exercice de la médecine et du financement de ses activités⁵.

² Oufriha F-Z. : Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie, édition OPU, 1992, p.11

³ Idem.

⁴ C.A.I.MED: Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region: Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne, Algérie. In <http://unpan1.un.org>.

⁵ Oufriha F-Z. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, Alger, 2002, p.17

Cependant, un changement radical de ses principes s'est progressivement effectué, de la guerre de libération nationale à l'indépendance et au cours de construction du socialisme où on assiste à une implication directe de l'Etat dans l'organisation du système.

L'évolution du système de santé en Algérie peut se résumer comme suit :

1.1. La période coloniale (avant 1962)

Durant la période coloniale, les services de santé étaient orientés de façon à répondre aux besoins exclusifs des occupants que ce soit les hôpitaux, implantés tous, dans les villes à forte concentration coloniale ou la médecine libérale présente essentiellement dans ces villes⁶. La population autochtone, quant à elle, faisait recours à la médecine traditionnelle qui était marginalisée et interdite par les colons et l'accès aux soins pour cette frange de population dite indigène se résumait à l'assistance médicale gratuite (AMG), procurant des soins de base, et aux dispensaires antituberculeux. Alors, les algériens dans leur quasi majorité et particulièrement ceux des régions rurales en étaient exclus.

Faut il souligner que les études médicales n'étaient pas accessibles aux nationaux et les soins infirmiers étaient assurés par les services sociaux de l'armée de l'occupation dans les zones mises sous son contrôle ou dans les camps de regroupement.

Donc, ce système était construit pour répondre à des considérations purement politiques et les bénéficiaires de prestations de soins étaient une minorité privilégiée. Ainsi, « cette édification d'une organisation sanitaire répondant à une logique coloniale (par et pour les colons) et écartant de fait la population autochtone des biens faits d'un système de distribution de soins, constituait sans conteste un élément fondamental dans la prise de conscience du peuple algérien du fait de sa domination »⁷.

Dans ce contexte, plusieurs mouvements ont été enregistrés, de l'Etoile Nord Africaine de Messali Lhadj à l'association des Eulimas d'Ibn Badis puis le PPA⁸ et autres, tous revendiquaient l'égalité des droits et l'accès de tous les algériens aux services de santé et aux avantages de la sécurité sociale.

⁶ Khiati M.: Quelle santé pour les algériens ?, édition Maghreb Relation, Alger, 1990.p.3

⁷ Lamri L. : Le système de santé algérien : Organisation, fonctionnement et tendances, mémoire de Magistère, ISE, université d'Alger, 1986, p.60

⁸ Parti Populaire Algérien fondé par MESSALI en remplacement de l'Etoile Nord Africaine interdite par la France est devenu par la suite M.T.L.D (Mouvement pour le Triomphe des Libertés Démocratique).

Cependant, le système restait le même et les revendications n'aboutissaient à rien, malgré le bénéfice, à partir de 1947, de quelques algériens des avantages de sécurité sociale. La plupart était des parlementaires, des citoyens ou des travailleurs dans l'industrie et les secteurs des services.

Le déclenchement de la guerre de libération nationale en novembre 1954, avait eu une incidence majeure sur le système de santé en Algérie. En fait, durant cette période, on avait connu la mise en place d'un système de santé propre à l'ALN parallèlement au système colonial. C'est ainsi que la notion de la sectorisation fut introduite, s'inspirant du découpage territorial du pays suite à l'application des résolutions du congrès de la Soummam de 1956. « Ce système privilégiait l'hygiène et la prévention, il concernait aussi bien les unités combattantes que la population des zones sous contrôle de l'ALN »⁹.

En conclusion, le système de santé hérité de la période coloniale est inadapté aux aspirations de la population algérienne sortie épuisée de guerre en 1962. Donc des changements étaient indispensables pour le système après l'indépendance.

1.2. La période post- indépendance

Dès l'indépendance, l'une des premières tâches de l'Algérie était d'abolir la forme sanitaire coloniale par l'instauration d'une politique qui permettrait l'accès aux soins pour toute la population, ainsi la charte de Tripoli de 1962 et celle d'Alger de 1964 avaient prôné « la médecine gratuite pour tous dans les brefs délais ».

Deux dates, 1973 : Instauration de la médecine gratuite et 1980 : Définition d'une véritable politique sanitaire, peuvent être considérées comme des tournants dans l'évolution du système de santé en Algérie et comme points de référence pour la périodisation¹⁰. Ainsi on peut subdiviser cette période comme suit :

1.2.1. Période allant du 1962 à 1973

Au lendemain de l'indépendance, l'infrastructure sanitaire héritée de la période coloniale, quoique quantitativement importante (147 hôpitaux, 40442 lits et 130 dispensaires)¹¹, elle se trouvait inadaptée aux besoins réels de la population. Puisque, elle était

⁹ Khiati M., op. cit., p.3

¹⁰ Kaddar M. : Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie. CREAD 1988, pp.(41-57).

¹¹ Fellah L.: Etude exploratoire du système de prévention algérien déterminisme et problématique, Thèse Doctorat d'Université des Sciences Economiques, Université Montesquieu-Bordeaux IV, France, décembre 1998, p.107

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

conçue en fonction d'objectifs coloniaux visant la satisfaction d'une catégorie d'individuels, privilégiée. En plus, le départ massif des français créait une situation de crise. Les besoins de la population évaluée à 10 millions d'habitants ne pouvaient être pris en charge par les potentialités locales. En fait, « les ressources humaines de la santé se résumaient à 600 médecins dont 285 algériens et 250 paramédicaux diplômés, soit respectivement un médecin pour 16600 habitants et un paramédical pour 40000 habitants »¹²

Cette situation n'a pas favorisé la formulation d'une politique sanitaire clairement définie et le souci majeur, des premières années de l'indépendance, était de répondre aux besoins immédiats avec la remise en fonctionnement des structures sanitaires héritées. Si l'Etat avait récupéré les structures publiques qui étaient devenues sous son contrôle, il avait rencontré des difficultés par rapport aux cliniques, cabinets et laboratoires privés ainsi que pour le statut d'exercice des futurs diplômés.

L'exercice de la médecine était alors, le théâtre d'une grande divergence entre l'administration centrale et les professionnels de la santé, qui débouche, avec l'ordonnance de 1966, sur l'instauration des trois régimes d'exercice :

- Un service public obligatoire pour les jeunes médecins (2ans en plein temps).
- Un service de mi-temps pour ceux déjà installés dans le privé.
- Un service dit plein temps aménagé pour les hospitalo-universitaires.

Durant cette période, la tarification était à la journée et le secteur public était financé théoriquement par trois sources distinctes et complémentaires : L'Etat, la sécurité sociale et les malades payants¹³. La participation de l'Etat et les collectivités locales dans le financement total était de 60% dont 85% par l'Etat et 15% par la caisse de solidarité des départements et les communes, qui assuraient le financement des personnes de l'AMG, et ce avec les taux respectifs de 8% et 7%. La sécurité sociale, quant à elle, contribuait à hauteur de 30% et les malades solvables non assurés payaient directement leurs services de soins et leur contribution s'élevait à 10%.

La sécurité sociale remboursait à posteriori les frais d'hospitalisation occasionnés par les assurés sociaux. Ces frais étaient calculés sur la base d'une classification des actes

¹² Khiati M., op. cit., p.4

¹³ Oufriha F-Z.: Cette chère santé, op. cit., p.41.

médicaux et une tarification faisant l'objet de discussion entre la sécurité sociale et les organismes hospitaliers représentés par leur ministère de tutelle.

L'organisation sanitaire publique et parapublique dans cette période était articulée autour¹⁴ :

- Des hôpitaux de l'Etat auxquels étaient rattachés à partir de 1966¹⁵ les unités sanitaires légères. Ils étaient gérés par le ministère de la santé et fonctionnaient selon le principe du prix à la journée. Pour les affiliés à la sécurité sociale et leurs ayants droits, le financement des soins était assuré par l'organisme assureur et pour les malades munis d'une carte d'indigence, le financement était assuré par le trésor public à 85% et par la caisse de solidarité des communes pour le reste.
- Des centres d'hygiène scolaires, gérés et financés par le ministère de l'éducation, qui assuraient des soins et des préventions aux élèves scolarisés.
- Des dispensaires AMG (Assistance Médicale Gratuite) et AMS (Assistance Médicale Sociale) qui assuraient les soins de premier recours et les consultations générales pour les indigents et qui étaient gérés par les communes.
- Structures relevant de la sécurité sociale, tels que les cliniques et les centres médico-sociaux destinés aux assurés et leurs ayants droits.
- Centres de santé de la mutualité agricole sous tutelle du ministère de l'Agriculture.

L'organisation sanitaire privée dispensait des soins dans des cabinets et des cliniques privés et parfois dans des structures publiques ou de la sécurité sociale selon le procédé des conventions.

« La faiblesse des ressources humaines et l'inégalité de répartition des infrastructures n'autorisaient que peu de performance sanitaire. De plus la coexistence de plusieurs systèmes (hospitalier ou public, AMG sous tutelle communale, hygiène scolaire gérée par l'éducation,

¹⁴ Lamri L., op. cit., p.70

¹⁵ Décret n° 66-73 du 04 avril 1966.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

médecine libérale) sans aucune liaison entre eux, ne facilitait pas une démarche de santé publique »¹⁶

Cependant, cela n'avait pas empêché la réalisation de grandes avancées sur le plan de l'état de santé, durant cette période, comme peut le montrer le tableau suivant :

Tableau 04 : Evolution du taux de mortalité infantile (TMI)

Année	1966	1967 /1970	1972/1973	1979	1980	1983	1984	1985	1986	1988
TMI pour 1000	150-180	141 ,5	130	107,5	98	90	85	79	73-70,8	60,3

Source : OUFRIHA FZ. : « Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie » OPU. 1992 , p.75

En fait, selon le tableau 04, le TMI passait de 150-180 pour mille en 1966 à 130 pour mille en 1973. Et ce grâce à la politique de lutte contre la mortalité infantile, très élevée, par l'application de larges programmes de vaccination.

1.2.2. Période allant du 1974 à 1980

« Le fait remarquable dans la majeure partie des textes de loi mis en application depuis le recouvrement de l'indépendance nationale est la place privilégiée accordée à la solidarité collective : Celle-ci traduit le sentiment d'équité sociale auquel a toujours aspiré le peuple Algérien »¹⁷ et le projet de gratuité des soins était toujours la première préoccupation de tous ces textes notamment ceux de la révolution algérienne.

Ainsi, la mise en application de la gratuite des soins en 1974 suite à l'ordonnance 73-65 du décembre 1973 portant gratuité de soins, était vue comme exaucement de ce rêve et constituait un tournant décisif et un fondement précis en matière de politique sanitaire en Algérie.

« Cette ordonnance prévoit l'édification progressive d'un système de santé basé sur le service national de santé similaire à celui des pays socialistes »¹⁸. Un système basé sur le principe de la solidarité nationale et l'accessibilité aux soins à tous et ayant pour but l'amélioration de l'état de santé de la population et son bien être social.

¹⁶ Khiati M., op. cit., p.04

¹⁷ Idem.

¹⁸ Khiati M., op. cit., p.13

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

Cette volonté politique de construire un système national de santé avec un accès universel de toute la population, a été confirmée, deux ans après, par la charte nationale de 1976 : « L'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population », ¹⁹ et « La médecine gratuite constitue la base de l'action de santé en Algérie » ²⁰. Dans ce sens, la constitution consacre le droit à la santé et le considère comme inaliénable ²¹.

De son côté, le code de la santé de 1976 confirmait cette option : « les services de santé fonctionnent de manière à être accessibles à toute la population avec le maximum de facilité et d'efficacité pour une satisfaction de ces besoins ou une application de ces tâches » ²².

Durant cette période, la volonté publique a été matérialisée par le renforcement des programmes de prévention à travers une vaccination systématique et gratuite. Ce qui avait permis d'enregistrer des progrès significatifs sur le plan de l'état de santé. Plusieurs maladies ont été éradiquées, l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée et le taux de mortalité a nettement baissé (TMI 130 pour 1000 en 1973 contre 98 pour 1000 en 1980).

Coté financement, un changement radical a été opéré en substituant la tarification à la journée par l'adoption d'un budget global alimenté principalement par l'Etat et la sécurité sociale par des forfaits déterminés sans aucun rapport avec le niveau d'activité.

Faut-il signaler que « l'instauration de la gratuité des soins avait coïncidé avec la mise en place du second plan quadriennal, le plus ambitieux en matière de projets d'investissements industriels et de volonté de construction d'une économie nationale autonome et s'insérait dans une politique de socialisation intensive, sinon intempestive » ²³. Cette industrialisation-salarisation avait permis une aisance financière aux entreprises publiques et avait favorisé alors, l'émergence et le développement du secteur parapublic.

La libéralisation de la demande et le peu d'investissements en matière de l'infrastructure sanitaire avaient emmené à une saturation des structures de soins, difficulté d'accès des populations aux soins et dégradation de l'état de santé dans plusieurs régions. Ce dysfonctionnement du système avait poussé les autorités sanitaires à y chercher des solutions surtout sur le plan organisationnel.

¹⁹ Charte nationale de 1976.

²⁰ La charte nationale de 1976, titre 7, 4^{ème} chapitre.

²¹ Constitution algérienne, article 67. In Lamri L., op. cit., p.78

²² Code de la santé de 1976. In Lamri L., op. cit., p.78

²³ Oufriha F-Z. : Système de santé et population en Algérie, op. cit., pp.(24-25).

1.2.3. Période allant du 1980 à 1986

L'inquiétude et la préoccupation des autorités sanitaires quant à l'efficacité et le fonctionnement du système public avaient laissé les instances du pays consacrer, exclusivement, la 4^{ème} session du comité central du FLN au dossier de la santé. « On prônait pour la première fois officiellement un système national de santé »²⁴. Et on réaffirmait que la santé est un droit fondamental du citoyen dans la résolution adoptée et qui contenait 159 points.

« Cette résolution était un véritable plan de développement du système de santé »²⁵. Et par son efficacité et le détail de ses précisions, elle visait le renforcement du secteur public dans tous les domaines et définissait rigoureusement l'intégralité des actions à entreprendre dans tous les domaines d'intervention.

A travers cette résolution, les pouvoirs publics voulaient donner, au système de santé algérien, les principales orientations suivantes :²⁶

- L'édification d'un système socialiste ou un système basé sur le service national de santé. Donc un système socialiste dans sa conception et finalité, démocratique par une distribution équitable de soins et basé sur le développement de la médecine gratuite et du secteur public.
- Le système de santé constitue une partie intégrante du développement économique et social et ce, par la planification des moyens humains et matériels selon les normes et les objectifs à atteindre d'une part et la planification des programmes et activités sanitaires d'autre part.
- Participations multiples allant des secteurs concernés ou intéressés jusqu'à la population. Ainsi, l'interrelation du système de santé à la population et l'environnement d'une manière générale ont été élargies.

Pour arriver à un accès égal à toute la population, une répartition équilibrée des structures de santé à travers l'ensemble du territoire national est incontestable.

²⁴ Oufriha F-Z.: Cette chère santé, op. cit., p.15

²⁵ Lamri L., op. cit., p.80

²⁶ Lamri L., op. cit., pp(80-81).

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

Pour faire face à ce problème, la résolution de 1980 définissait les contours d'une véritable politique de santé à travers les principes de hiérarchisation, de sectorisation et de régionalisation des soins.

« Le principe de sectorisation consiste à découper l'appareil de soins en « secteurs sanitaires » dont la consistance territoriale est d'une Daïra²⁷ devant répondre aux demandes de soins d'une population de 100 000 habitants environ ».²⁸

La hiérarchisation des soins permet, quant à elle, une prise en charge rationnelle et efficiente des problèmes de santé de la population et ce, par la différenciation des actions de soin relevant de la compétence sanitaire du système de base (extra-hospitalier) et celles qui relèvent des structures hospitalières selon des niveaux de santé. Le système national de santé est conçu de manière à offrir toute la gamme de soins préventifs, d'urgence, ambulatoire,... etc.

Tandis que la régionalisation sanitaire se prête à l'aménagement du territoire et favorise une autonomie sanitaire assurant une décentralisation des prestations sanitaires en découpant le territoire national en régions sanitaires.

Cette période a connu aussi l'adoption de la carte sanitaire nationale en 1981. Elle les normes à atteindre en structures personnelles et les mesures de régionalisation. On la définit encore comme « un outil de planification qui définit les besoins en lits et en équipements lourds dans le cadre de zones géographiques données, compte tenu de la population de chacune de ces zones ».²⁹

Comme les autres secteurs, le secteur de la santé, durant cette période qui a coïncidé avec les deux plans quinquennaux riches en investissements, a bénéficié d'un important nombre de structures sanitaires, environ 40 hôpitaux et achats d'instrumentation et d'équipements passant de 50 millions de DA en 1979 à 600 millions de DA en 1981³⁰. « Et tout cela pour répondre à la montée des besoins sociaux et dans une logique de substitution aux soins à l'étranger »³¹. Faut-il signaler la dépendance du secteur à l'étranger dans le

²⁷ Daïra : Circonscription administrative (Sous préfecture).

²⁸ Oufriha F-Z.: Cette chère santé, op. cit., p.17

²⁹ Roche L., Sabatini J., Serge-Fonterme R.: L'économie de la santé, collection Que sais-je ?, Paris, PUF, 1991, p.60

³⁰ Kaddar M., op. cit., 1988, pp.(41-57).

³¹ Cheriet F. : Essai d'évaluation des effets du programme d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : Cas de la wilaya de Béjaïa, Magistère en Sciences Economiques, Université de Béjaïa, 2001, p.44

domaine de la maintenance-entretien à cause de la non maîtrise de nouvelles technologies massivement importées.

« Côté organisation, l'année 1984 a connu le rattachement de l'ensemble de l'important secteur parapublic au secteur public. Ce dernier devenait alors absolument prépondérant du point de vue de sa base matérielle et des effectifs de médecins qu'il recueille. Il est alors dans une situation de monopole pour les soins ambulatoires ».³²

En matière de financement, la part de la sécurité sociale dans le financement de la dépense de santé n'arrêtait pas d'augmenter d'une année à une autre. Ainsi, l'évolution des ressources des secteurs sanitaires par source de financement montre que les dépenses de santé du secteur public sont financées de plus en plus par la sécurité sociale et non plus par le budget de l'Etat. La contribution de la sécurité sociale dans le financement des secteurs sanitaires passait de 43,3 % en 1980 à 64,8 % en 1985 et celle de l'Etat diminuait de 45,8 % à 34,7 % respectivement dans les mêmes années³³.

La sécurité sociale finançait forfaitairement la différence entre la capacité du financement de l'Etat et les besoins budgétaires des secteurs sanitaires. En finançant cette extension de la médecine gratuite, La sécurité jouait le rôle de principal mécanisme de redistribution du revenu national.

Le financement n'est pas totalement fiscalisé et le distributeur n'est pas lui-même le financeur. Donc le système avait tendance vers un système d'assurance obligatoire que celui national de santé.

Pour y faire face, en remettant partiellement en cause la gratuité, on assistait en 1984 à l'instauration du ticket modérateur qui est la partie qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement des frais par la CNAS.

Au plan sanitaire, le niveau de santé à travers le taux de mortalité infantile (TMI) ne cesse de s'améliorer et passait de 98 pour mille en 1980 à 79 pour mille en 1985 (tableau 01). Est ajouté à l'effet de la consommation médicale et pharmaceutique du système de santé, celui des progrès enregistrés dans d'autres domaines de la vie, surtout sociaux, à savoir l'assainissement du milieu, l'alimentation en eau potable, ... etc. d'où l'importance du rôle de l'inter-sectorialité. A ce sujet, pour OUFRIHA, « il est admis maintenant que le niveau de

³² Oufriha F-Z. : Système de santé et population en Algérie, op. cit., p.26

³³ Oufriha F-Z.: Cette chère santé, op. cit., pp.(200-201)

santé d'une population, résulte autant sinon plus de ses conditions générales de vie et de travail que de l'importance de sa consommation médicale et pharmaceutique, surtout quand elle prend un fort contenu hospitalier »³⁴

Mais, à partir de début de l'année 1986, la chute des cours des hydrocarbures avait mis le système, déjà dysfonctionné et désorganisé, en difficulté.

1.2.4. Période allant du 1986 à 1994

C'est dans cette période que commençait la libéralisation de l'économie nationale. Suite à des pressions des institutions financières internationales. « Pour le secteur de la santé, on avait commencé à lever progressivement les entraves à l'installation des médecins à titre privé, encourageant ainsi l'émergence du secteur privé. Et ce pour venir en aide au système public qui générait d'insupportables dysfonctionnements et contraintes financières.

Ainsi, la loi 88-15 du 03/05/88 modifiant la loi 85-05 du 16/02/1985, portant protection et promotion de la santé, autorisait l'ouverture des cliniques privées. Ce qui confirmait les orientations des pouvoirs publics.

Une autonomie, dans la réforme de 1986, a été accordée aux structures publiques des soins, notamment les CHU qu'étaient chargés de prodiguer des soins hautement spécialisés.

En matière de financement, l'Etat continuait à prendre en charge les malades non solvables mais également un certains nombre d'actions de portée nationale et / ou régionale, (Investissements, équipements lourds, programmes spéciaux,...etc.). La sécurité sociale, quant à elle, couvrait les prestations de soins fournies aux assurés sociaux.

Cependant, l'Etat semblait laisser à la charge de la sécurité sociale ce qui lui était auparavant dévolu. Cette dernière, déjà confrontée à la baisse de ses ressources et de la baisse de l'activité économique, a vu son poste « remboursement » exploser. En fait, ce poste est à l'indice 1400 en 1993 sur la base 100 en 1979³⁵.

L'état de santé de la population durant cette période, a connu relativement des améliorations, malgré la rude épreuve à laquelle étaient confrontés le système économique en général et le système de soins en particulier. Néanmoins, toujours sur le plan sanitaire, dans

³⁴ Oufriha F-Z.: Cette chère santé, op. cit., p.36

³⁵ Oufriha F Z: Ajustement structurel et autonomie du système de soins : Quels résultats ? C.R.E.A.D N° 41, 1997. P.(97-99).

certaines régions, une recrudescence des maladies maitrisables et une stagnation voire même augmentation du TMI ont été constatées en cette période. En fait, suite à cette crise et à la politique d'austérité budgétaire consistant à limiter les dépenses au strict minimum ni la sécurité sociale, ni l'Etat arrivaient à supporter les dépenses. Ajouter à ça, la dégradation du niveau de vie et des conditions d'hygiène.

1.2.5. Période allant du 1994 à nos jours

En début de cette période, sous l'effet du P.A.S, le principe de la médecine gratuite est remis en cause en instaurant une médecine payante au niveau des secteurs publics. Les usagers doivent payer une participation forfaitaire pour les soins dans le secteur public. Le montant des tarifs instaurés est de : 50 DA pour une consultation de généraliste, 100 DA pour une consultation de spécialiste et 100 DA pour une journée d'hospitalisation. Cette politique avait pour objectif :

- De sensibiliser le citoyen et le faire participer aux coûts des soins.
- De freiner la demande aux soins dans les structures publiques.

Basé sur un réseau d'établissements publics de santé fortement développé et structuré, le système de santé algérien et par le biais de ses 185 secteurs sanitaires éparpillés sur le territoire national, assure la prise en charge des problèmes de santé de toute la population. Chaque secteur sanitaire comprend au moins un hôpital central, soit 231 structures d'hospitalisation en 2006, intégrant 74 144 lits (2,21 lits pour 1000 habitants) dont 38 275 sont des lits techniques, soit environ la moitié (51,62 %) ³⁶. Les secteurs sanitaires renferment, en plus de ces établissements hospitaliers, 523 polycliniques dont 3 sont non fonctionnelles, 1267 centres de santé dont 19 sont non fonctionnels et 5008 salles de soins dont 324 sont non fonctionnelles ³⁷.

Pour ce qui du principe de fonctionnement des différentes structures de soins, on trouve que les soins primaires et secondaires comme les consultations et les explorations de base sont délivrés par les polycliniques et les centres de santé. Les autres soins simples tels que les pansements et les injections sont dispensés par les salles de soins. Tandis que lorsqu' il y'a nécessité, le patient fait recours soit à l'hôpital du secteur sanitaire le plus proche, ou aux Centres Hospitalo-universitaires (CHU), ou encore aux Etablissements Hospitaliers

³⁶ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Statistiques sanitaires 2006, MSPRH, Alger, Février 2008, p. 21-25.

³⁷ Idem

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

Spécialisé (EHS). Faut-il signaler que l'Algérie compte 13 CHU et 32 EHS dispensant des soins secondaires et tertiaires. En plus de leur rôle curatif, les CHU assurent des tâches de formation et de recherche.

Cependant, la sectorisation du système de soins algérien, qui repose sur la création d'un secteur sanitaire pour chaque Daïra, a engendré l'affaiblissement des structures sanitaires en raison de l'accaparement de l'hôpital de la majorité des moyens financiers, humains et matériels au détriment des structures légères³⁸.

De son côté le secteur privé, depuis la promulgation de l'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre 1976 permettant l'exercice libéral de la médecine et l'adoption de la loi du 03 mai 1998 permettant le développement des cliniques privées, connaît un développement très important de ses structures de soins encouragé surtout par la qualité faible des prestations fournies par le secteur public. Ainsi, le secteur privé possède un nombre considérable de cabinets et de cliniques chirurgicales et gynécologiques. En effet, en 2006, l'Algérie compte 15 766 cabinets privés dont 33,02 % sont des cabinets de médecins spécialistes (soit 1,55 pour 10 000 habitants), 39,19 % concernant les cabinets de généralistes (soit 1,84 pour 10 000 habitants) et 27,79 % sont des cabinets de dentistes (soit 1,31 pour 10 000 habitants). Pour les officines, l'Algérie renferme 6 689 officines pharmaceutiques (soit 2 officines pour 10 000 habitants)³⁹.

Dans le but de faire rapprocher la santé du citoyen et de fournir des prestations de soins de qualité, un nouveau renforcement de la décentralisation du système de soins vient de voir le jour et ce, en créant une nouvelle carte sanitaire en application du décret exécutif n° 07/140 du 19 Mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité et du décret exécutif n° 07.204 du 30 Juin 2007 complétant la liste des E.H.S annexée au décret exécutif n° 97.465 du 02/12/1997, fixant les règles de création, organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés⁴⁰. Cette nouvelle carte sanitaire vise à séparer les structures de santé de proximité (EPSP) et les structures d'hospitalisation (EPH) et d'en assurer l'autonomisation de la gestion pour chacune d'elles. Et cela pour permettre une

³⁸Kaïd Tlilane N. : Le secteur public local au détriment du développement durable, éd. L'Harmattan, janvier 2009, p.95.

³⁹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Statistiques sanitaires 2006, MSPRH, Alger, Février 2008, p.35.

⁴⁰ www.santé.dz

meilleure hiérarchisation des soins : Salle de soins, Polyclinique, Hôpital général, Hôpital spécialisé, CHU.

2. Financement de la santé en Algérie

Les dépenses de santé font référence à un agrégat macro-économique, qui devrait regrouper tous les coûts liés aux soins, aux produits de santé, à la santé publique, ainsi que tous les coûts ayant un impact sur les dimensions psychiques et sociales du capital santé (éducation, loisir,...), si on parle de l'approche maximaliste de l'OMS, définissant la santé comme étant un bien être total, correspondant à l'absence de problèmes physiques, mentaux et sociaux⁴¹.

Cependant, retenir une approche aussi vaste, demeure impossible à réaliser, et très complexe à cerner. En effet, seuls les moyens destinés à la santé sont comptabilisés dans les comptes de la santé, et les dépenses de la santé sont devenues dépenses du secteur de la santé, regroupant plus précisément les dépenses de soins.

2.1. Les dépenses de santé en Algérie

Les dépenses nationales de santé en Algérie ont subi des fluctuations importantes, suivant la situation économique du pays. Ainsi, les pouvoirs publics ont procédé à un réaménagement du régime fiscal pour alléger progressivement la dépendance du budget de l'Etat vis-à-vis du pétrole et réorienter les dépenses vers les secteurs de l'éducation et de la santé, afin de préparer l'économie à son ouverture extérieure en élevant les compétences et les qualifications du capital humain⁴².

2.1.1. Evolution des dépenses nationales de santé en Algérie

La dépense nationale de santé en dinars courants, en 2008, a été estimée à 294,97 milliards de dinars. Une dépense qui était évaluée à 847,3 millions de DA en 1974, soit une multiplication par 348 fois entre 1974 et 2008. En dinars constants, les dépenses nationales de santé ont connu une croissance moins importante puisqu'elles ont augmenté de 89,56 % entre 1992 et 2008. En outre, en proportion du produit intérieur brut (PIB), les dépenses nationales

⁴¹ Ulman P. : « Est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé? », revue d'économie financière n° 76, édition le monde, 2004, page 21.

⁴² OCDE, l'Algérie 2004. in www.oecd.org.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

de santé on connu une faible diminution allant de 4,07% à 3,3 % entre 1992 et 2008, soit une baisse de 18,92 %. (cf. tableau 05).

Tableau 05 : Evolution des dépenses nationales de santé en Algérie

En millions de DA

Années	Dépenses nationales de santé en dinars courants	Taux d'évolution en %	Dépenses de Santé en Dinars constants	Dépenses de santé en % du PIB
1974*	847,3	-	-	-
1979*	1852	118,58	-	-
1983*	4 278,70	131,03	-	-
1986*	8 140	90,24	-	-
1987*	10 126	24,39	-	-
1988*	19 822	95,75	-	-
1992*	42 667	115,25	21 603,54	4,07
1994*	59 970	40,55	18 959,85	4,02
1996	84 088	40,22	17 202,95	3,28
1997	98 200	16,78	18 942,90	3,55
1998	115 009	17,12	20 884,15	4,13
1999	121 062	5,26	21 533,62	3,82
2000	143 870	18,84	25 750,85	3,51
2001	162 321	12,82	28 073,50	3,83
2002	160 954	-0,84	27 220,82	3,61
2003	185 247	15,09	30 279,01	3,53
2004	219 020	18,23	34 232,57	3,56
2005	253 980	15,96	38 948,01	3,36
2007	279 842	10,18	40567,98	3,14
2008	294 970	5,41	40950,99	3,30

Source: OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004, 2006 et 2008. In www.who.int

*Kaïd Tlilane N : le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants, Thèse de doctorat D'Etat ès Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003.

Entre 1974 et 1983 (10 ans), les dépenses de santé en Algérie, ont été multipliées par quatre, soit un taux d'évolution de 404.98%. Cette croissance est due à l'allègement financier qu'a connu l'Algérie suite au contre choc pétrolier, avec l'augmentation du prix du pétrole sur le marché international de l'énergie, et puisque les recettes de l'Algérie sont constituées de plus de 98% des recettes des hydrocarbures, alors cette importante augmentation s'est sensiblement répercutée sur les recettes de la nation. L'augmentation du volume des dépenses s'est poursuivie pour la décennie 80, mais avec un rythme moins important à celui de la décennie précédente, avec un taux d'évolution de 363.27%. En outre, La décennie 90, qui a marqué une chute du PIB consacré à la santé, avait enregistré en termes de dépenses nominales, une évolution de 237.19%. Puis, de 2000 à 2008, la part du PIB consacrée à la

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

dépense de santé tourne autour de 3,5 %, mais en valeur nominale, elle a connu une évolution de 105,05%, et ce grâce à la reprise de la croissance économique en cette période.

Nous notons ainsi, un rapport étroit entre la situation économique et le niveau des dépenses de santé en Algérie. En effet, l'Algérie a maintenu un niveau important de la part du PIB consacré à la santé jusqu'à la fin des années 80, année à partir de laquelle, l'on a enregistré une baisse continue due à la crise économique vécue durant la décennie 90. Cette baisse accompagne l'application du programme d'ajustement structurel (PAS), imposé par le FMI. De plus et mis à part le PAS, la baisse continue des ressources consacrées à la santé est due aussi à l'accroissement démographique, la dévaluation du dinar (surtout avec l'application du véritable cours de change de la monnaie sur le marché de change international) et l'endettement.

Il est important de souligner que les ressources allouées à la santé ont baissé en pourcentage du PIB, mais pas en valeur nominale, du fait que le PIB du pays a fortement progressé ces dernières années. En effet, le PIB est passé de 4098,9 milliards DA à 7200.1 milliards de DA entre 2000 et 2009 soit une augmentation de 75.66 % (cf. tableau 06).

Tableau 06 : Evolution du PIB réel de l'Algérie entre 1998 et 2009 en milliards de DA.

Milliards de DA		
Années	PIB	Evolution %
1996	2570,03	-
1997	2780,17	8,17
1998	2781,6	0,05
1999	3187,	14,5
2000	4098,9	28,6
2001	4235,7	3,33
2002	4455,4	5,1
2003	5149,1	15,56
2004	6044,7	17,39
2005	7520,1	24,41
2006	5803,2	-22,03
2007	6233	7,4
2008	6645,7	6,62
2009	7200,1	8,43

Source : Ministère des finances, présentation de lois de finances 2000, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

La banque mondiale recommande un minimum de 5% du PIB consacré pour les dépenses de santé pour les pays en voie de développement⁴³, ce qui permet de remarquer qu'en matière de dépense de santé, l'Algérie se trouve inférieure aux normes internationales.

Tableau 07 : Dépenses de santé dans quelques pays en 2000 et 2005.

Pays	Dépenses de santé en pourcentage du PIB		Dépenses totales de santé (US \$)	
	2000	2005	2000	2005
Algérie	3,5	3,3	46	81
Maroc	4,8	5,3	55	89
Tunisie	5,6	5,5	114	158
Egypte	5,6	6,1	77	78
Arabie saoudite	4	3,4	362	448
Yemen	4,5	5,1	24	39
Koweït	3,1	2,2	523	687
Liban	11	8,7	485	460
Jordanie	9,4	10,5	166	241
Moyenne de la région (Moyen Orient et Afrique du nord)	5,72	5,57	205,78	253,44
France	9,6	11,2	2 150	3 819
Allemagne	10,3	10,7	2 382	3 628
Italie	8,1	8,9	1 547	2 692
Moyenne de la région (Europe)	9,33	10,27	2026	3379

Source: OMS: world health statistics 2008, p. 84, 86, 88 et 90. In www.who.int

La comparaison des dépenses de santé par rapport au PIB dans un certain nombre de pays montre que, pour la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, ces dépenses sont en moyenne de 5,57% en 2005. Au cours de la période 2000-2005, elles sont passées de 4,8% à 5,3% au Maroc et de 5,6% à 5,5% en Tunisie. Cependant, les pays européens (France, Allemagne et Italie) consacrent en moyenne 10,26% des dépenses de santé au PIB en 2005 contre 9,33 en 2000 (cf. tableau 07). En dépit des moyens financiers disponibles en Algérie, le budget du fonctionnement ne connaît qu'une faible augmentation, ce qui explique la faible part des dépenses de santé / PIB.

⁴³ Banque mondiale : à la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, banque mondiale, rapport n° 36270 – DZ, volume 1, août 2007, P. 172. In www.worldbank.org

2.1.2. Evolution du budget de fonctionnement des établissements sanitaires publics

Les dotations budgétaires des établissements sanitaires publics ont connu une évolution différente selon que ce soit en dinars courants ou en dinars constants, durant la période allant de 1991 à 2006 (cf. tableaux 8 et 9). En dinars courants, les dotations budgétaires enregistrent une progression importante, elles passent de 20,1 milliards de dinars en 1991 à 111 milliards de DA en 2006, soit un indice d'évolution de 552,25 sur la base 100 en 1991. Cette augmentation est due essentiellement à l'inflation. Par contre, en dinars constants, les dotations ont subi une baisse croissante de 1991 à 1997 puis une hausse relative et continue jusqu'en 2006 pour atteindre un montant de 16,72 milliards de DA.

Tableau 08: Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars courants).

Années	Budget total en milliers de DA	Indice d'évolution (en %)	Budget accordé aux secteurs sanitaires et aux EHS		Budget accordé aux CHU	
			En milliers de DA	En %	En milliers de DA	En %
1991	20 100 000	100	-	-	-	-
1992	26 006 000	129,38	-	-	-	-
1993	26 361 800	131,15	-	-	-	-
1994	30 630 492	152,39	-	-	-	-
1995	36 729 280	182,73	26 382 812	-	10 346 468	-
1996	43 616 473	216,99	31 009 550	71,09	12 606 923	28,90
1997	43 064 610	214,25	30 001 010	69,66	13 063 600	30,33
1998	48 189 030	239,74	37 033 430	76,85	11 155 600	23,15
1999	54 143 656	269,37	41 683 430	76,98	12 460 226	23,01
2000*	54 323 850	270,26	-	-	-	-
2002*	77 657 049	386,35	-	-	-	-
2004*	95 775 085	476,49	-	-	-	-
2006*	111 003 110	552,25	84 807 545	76,4	26 195 265	23,59

Source : KAÏD TLILANE N. : L'impact de la crise économique et de la privatisation de l'exercice médical sur la santé publique en Algérie, Revue Santé Publique et Sciences Sociales n° 11 et 12, éd. Dar El Gharb, Oran, décembre 2004, p.5.

* MSRPH : Annuaire statistiques 2002, 2004, 2006 et 2008.

Pour les dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissements, nous constatons, selon le tableau 8, une tendance à l'augmentation des parts relatives aux secteurs sanitaires et EHS qui atteignent 76,4% du total des dotations en 2006, soit une dépense totale de 84,80 milliards de DA. Contrairement aux CHU qui utilisent 23,59% du budget total consacré à la santé, soit un montant de 26,195 milliards de DA. Ce qui

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

explique le renforcement de soins de santé de base comme principe fondamental de la politique nationale de santé, principe retenu comme deuxième priorité de la santé après l'engagement résolu en faveur de la prévention.⁴⁴

Tableau 09 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars constants).

Années	déflateur	Budget total en milliers de DA	Indice d'évolution (base 1991)	Budget accordé aux secteurs sanitaires et aux EHS en milliers de DA	Budget accordé aux CHU en milliers de DA
1991	150,8	13 328 912	100	-	-
1992	197,5	13 167 594	98,78	-	-
1993	240,2	10 974 937	82,33	-	-
1994	316,3	9 684 000	72,65	-	-
1995	406,2	9 042 166	67,83	-	-
1996	488,8	8 923 173	66,94	6 344 015	21 16707,86
1997	518,4	8 307 216	62,32	5 787 231	2431891,01
1998	550,7	8 750 504	65,65	6 724 792	2372180,86
1999	562,2	9 630 675	72,25	7 414 342	1984276,06
2000*	558,7	9 723 259	72,94	-	-
2002*	591,29	13 133 496	98,53	-	-
2004*	639,8	15 040 057	112,83	-	-
2006*	663,9	16 719 853	125,44	12 774 144	3945664,26

Source : Kaïd Tlilane N. : L'impact de la crise économique et de la privatisation de l'exercice médical sur la santé publique en Algérie, Revue Santé Publique et Sciences sociales n° 11 et 12, éd. Dar El Gharb, Oran, décembre 2004, p. 6.

*Ratios calculés par nos soins à partir des statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 2002, 2004, 2006 et 2008

2.2. Les sources de financement des dépenses de santé et leur structure

Le financement de la santé en Algérie, repose sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale, ainsi que celle des ménages. L'ensemble des dépenses de l'Etat et de la sécurité sociale pour la santé, constitue les dépenses des administrations publiques. Tandis que, la contribution des ménages représente les dépenses de santé du secteur privé.

2.2.1. Les sources de financement des dépenses de santé en Algérie

Les dépenses publiques représentaient 74,79 % des dépenses totales de santé, contre 25,2 % pour les dépenses privées en 2005. A partir des années 70 et selon le tableau 10, nous remarquons un changement progressif des contributions des différentes sources de

⁴⁴ Kaïd Tlilane N. : les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie. Revue Scientifique Humaine n° 19, Constantine, Algérie, juin 2003, p. 91.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

financement du système de santé. En fait, la participation de l'Etat diminuait et celle de la sécurité sociale augmentait, ce qui oblige les ménages à payer une partie, de plus en plus, importante des frais de leurs soins de santé.

Tableau 10 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé

Années	Etat	Sécurité Sociale	Ménage
1974	76,51	23,49	0
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,6	61,4	2
1987	34,21	64,2	1,59
1988	27,5	51,2	21,3
1992	30,5	38,87	29,3
1994	34,5	37,1	27
1996	38,45	35,64	25,9
1997	37,93	32,57	29,5
1998	34,09	39,7	26,2
1999	42,56	29,33	28,1
2000	47,27	26,02	26,7
2001	51,62	25,77	22,6
2002	48,42	26,88	24,7
2003	50,38	27,01	22,6
2004	48,43	24,07	27,5
2005	51,16	23,63	25,2

Source : Kaïd Tlilane N : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n^o4 vol. 57, éditions scientifiques européennes, Octobre- décembre 2004, p. 116
*OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006.
In www.who.int.

En raison de ses excédents financiers dans les années 90, l'Etat couvrait une part importante des dépenses de santé. Cette part représentait 76,51 % en 1974. Pour la même année, la part de la sécurité sociale était seulement de 23,47 %. Cependant, en raison de la crise qu'a connue notre pays à la fin des années 80 et au début des années 90, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé et sa part dans la dépense totale de santé a significativement augmenté.

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

à 65,40 \$ US en 2006.⁴⁵ De plus, la part des ménages dans le financement de la dépense de santé, qui ne dépassait pas 3% avant 1988, enregistrait un taux avoisinant les 25 % à partir de cette date. En 2005, cette part était de 25,2%. En fait, l'exercice médical est ouvert aux privés à partir de 1988.

En janvier 2002, les autorités ont voulu faire augmenter la participation des ménages dans le financement de la santé et ce, pour améliorer les ressources du secteur public. Les augmentations envisagées étaient considérables (contribution de 250 DA contre 50 DA auparavant pour une consultation de médecine générale, 450 DA contre 100 DA auparavant pour une consultation de médecine spécialisée).⁴⁶ Par conséquent, ces nouvelles dispositions n'ont jamais été appliquées à cause de la forte résistance de la population.

2.2.2. Répartition des dépenses de santé en Algérie

Lorsque nous suivons l'évolution des dotations budgétaires par poste de dépense, nous remarquons que l'aspect curatif est favorisé au détriment de l'aspect préventif dans le système de santé algérien. (cf. tableau 11).

La rémunération du personnel représente plus de deux tiers du budget de la santé. Ce poste de dépenses représentait 60% en 1985 et passe à 75,30% en 1992 puis à 48,84 % en 2008. Cette régression qui a commencé depuis 1992, peut s'expliquer par l'émergence du secteur privé. En effet, la volonté politique de le développer est confirmée par le fait que les départs volontaires dans les établissements hospitaliers publics ne sont pas remplacés et que les postes sont supprimés.⁴⁷

De plus, malgré la baisse enregistrée de la rémunération du personnel dans le total des dépenses de fonctionnement entre 1974 et 2006, les frais du personnel restent certainement le poste le plus important. En fait, ces frais sont passés de 36,92 milliards de DA en 2000 à 66,96 milliards de DA en 2006 soit un accroissement de 81,36%⁴⁸. A titre illustratif, les

⁴⁵ Ministère des Finances : Le comportement des différents indicateurs macroéconomiques et financiers, ministère des finances, Alger, avril 2008, p.12. In www.mf.gov.dz

⁴⁶ Banque mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, banque mondiale, rapport n° 36270-DZ, volume 1, août 2007, p.177. in www.worldbank.org.

⁴⁷ Kaïd Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, Revue Internationale de sécurité sociale, n°4, vol. 57, éditions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p. 122.

⁴⁸ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière : statistiques sanitaires de l'année 2006, MSPRH, Alger, février 2008, p. 85-86.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

salaires dans un établissement hospitalier spécialisé ont augmenté de 44% pour un professeur, 49% pour un spécialiste, 34% pour une infirmière diplômée d'Etat entre 2002 et 2005⁴⁹

Tableau 11 : Evolution de la consommation budgétaire globale par nature de dépenses (en %).

Titre de dépenses	1974	1982	1990	1992	1993	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2004*	2006*	2008
personnel	64,82	62,61	74,4	75,3	74,54	72	65	66	68,5	67,1	67,96	65,25	61,62	60,32	48,84
formation	-	-	-	3,72	3,31	3	3	3	3	2,8	2,57	2,12	2,49	2,33	2,37
Alimentation	5,42	5,93	4,74	2,68	2,66	3	3	2	2,2	2	2,03	1,55	1,89	2,29	3,32
Médicament	17,7	12,65	6,3	10,02	9,78	12	15	16	14,3	16,2	14,67	17,4	17,62	18,79	23,44
Dépenses d'action spécifiques de prévention	4,11	-	1,45	0,94	1,15	1	3	2,5	2	1,8	1,93	2,27	2,38	2,39	3,08
Matériel médical	-	-	-	1,46	1,46	2	2	2,5	2,4	3,47	2,94	4,1	4,86	3,64	5,34
Entretien des infrastructures	-	-	-	1,03	1,11	2	2	1,5	1,7	1,6	1,9	1,92	2,66	2,9	4,15
Autres	-	-	-	4,74	4,5	5	6	5	4,8	4	4,72	4,37	5,36	5,76	8,37
Œuvres sociales	-	-	-	-	1,4	1	1	1	1,1	1	1,22	0,99	1,08	1,52	1,02
Recherche médicale	-	-	-	0,11	0,09	0,1	0	0,5	0,03	0,03	0,04	0,02	0,04	0,04	0,02

Source : Kaid Tlilane N. : la problématique de financement des soins en Algérie, revue internationale de Sécurité Sociale n° 4 vol. 57, édition scientifiques européennes, Octobre-décembre 2004, p. 123

*ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière : Statistiques sanitaires de l'année 2006, MSPRH, Alger, février 2008, p. 85-86.

Les salaires dans les établissements publics de soins sont inférieurs à ceux perçus dans le secteur privé. Pour cela, de nombreux médecins profitent de la possibilité, qui leur a été offerte par la loi du 19 août 1998, d'exercer une activité complémentaire dans le secteur privé pour améliorer leurs salaires. Aussi, le fonctionnement des hôpitaux publics est perturbé par le fait qu'une partie des professionnels concernés par cette loi ne respectent pas la limite d'une journée par semaine imposée et que leur double appartenance les incite, parfois, à orienter les patients en mesure de payer vers le secteur privé. Le rapport de 2003 sur la santé des algériennes et des algériens, établi par le MSPRH, indique ainsi que depuis la mise en application des textes concernant le temps complémentaire, les activités des établissements sont considérablement réduites à partir de 12 H⁵⁰

⁴⁹ Banque mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, banque mondiale, rapport n° 36270-DZ, Vol 1, août 2007, p. 181. In www.worldbank.org

⁵⁰ Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière : état de santé des algériens et des algériennes, MSPRH, Alger, avril 2002, p. 34. In www.santé.dz

La part de la dépense des médicaments dans les dépenses de fonctionnement a connu une régression importante entre 1974 et 1990. Elle était passée de 17,7 % à 6,3 % en cette période, soit une diminution de deux tiers. A partir de 1990, cette part de dépense a augmenté significativement pour atteindre 23,44 % en 2008. Cependant, ces dépenses ne répondent pas aux besoins nécessaires de médicaments dans le secteur public qui enregistre des pénuries fréquentes.

La part des dépenses du poste (Matériel médical) est passée de 1,46 % en 1992 à 5,34 % en 2008 et celle du poste (Entretien) est passée de 1,03% à 4,15 % durant la même période (cf. tableau 11). Durant les trois décennies qui ont suivi l'indépendance, l'Algérie a investi en équipements médicaux, mais les difficultés économiques des années 1990 n'ont pas permis de les maintenir, encore moins de les remplacer. Cette situation explique le fait que ces équipements soient souvent hors d'usage. Aussi, la part des dépenses publiques de fonctionnement pour le poste de la prévention est de seulement 3,08 % en 2008. Elle occupait 3% du budget global en 1996 contre 0,94% en 1992. Ces évolutions montrent bien l'intérêt accordé à l'aspect curatif au détriment de l'aspect préventif.

II. ANALYSE DES DEPENSES ET DES RECETTES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE

Il s'agit ici d'analyser l'évolution des dépenses et des recettes des caisses d'assurance maladie et d'en déduire les différents facteurs déterminants de difficultés de ces caisses pour réaliser leur équilibre financier.

1. Analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie

Nous nous intéresserons ici, aux dépenses d'assurance maladie contractées par la Caisse Nationale des Assurances Sociales des salariés (CNAS)⁵¹. L'étude de l'évolution de la situation financière de cette caisse, nous permettra de juger sa capacité à financer ses différents postes.

1.1. Analyse des différents postes de dépenses de la CNAS

La CNAS participe significativement dans le financement des soins et s'occupe principalement de : Fournir des forfaits hôpitaux à titre de subvention pour les hôpitaux publics ; rembourser directement les hôpitaux publics pour certains services (cancer, dialyse,

⁵¹ Pour manque de données relatives à la Caisse Nationale des Assurances Sociales pour les Non Salariés (CASNOS), du fait qu'elles ne sont pas disponibles de manière continue.

etc.) ; financer le traitement des patients à l'étranger ; et en fin, rembourser les patients pour les services dispensés par le secteur privé et les médicaments.

1.1.1. La part de la CNAS dans le financement des structures publiques de soins (Le forfait hôpitaux)

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la CNAS est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire est appelée « forfait hôpitaux ». Cette obligation est supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit. Depuis son institution, le forfait hôpitaux a augmenté d'une manière soutenue. Il est passé de 8,6 milliards de DA à 38 milliards de DA entre 1990 et 2008, soit un taux d'évolution de 3421,86 % en 18 ans (cf. tableau 12).

Ce mécanisme de financement présente des inconvénients que sont : la non-incitation à la rationalisation des dépenses ; la complète désarticulation entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodigués aux assurés sociaux et leurs ayants droit et qui s'exprime par la difficulté de connaître ce que couvre réellement ce forfait en matière de soins dispensés ; la qualité jugée médiocre des services reçus et par conséquent l'incitation des assurés à s'adresser au secteur privé, ce qui implique un double financement au secteur public et au remboursement des frais engagés auprès du secteur privé constituant ainsi une dépense supplémentaire pour les organismes d'assurance maladie ; et enfin, l'absence de références médicales et tarifaires.

En plus, la principale insuffisance du secteur hospitalier en Algérie réside dans la rigidité de sa gestion. Effectivement, les hôpitaux algériens sont des Etablissements Publics Administratifs (EPA) : ils appliquent les règles standards de la comptabilité publique, leur personnel est régi par le statut de la fonction publique et dans le domaine budgétaire, les gestionnaires ont très peu d'autonomie. De plus, en matière de dépenses courantes, si le gestionnaire d'un hôpital souhaite effectuer des transferts de crédits d'un titre à l'autre (à l'exception des dépenses de personnel auxquelles il est interdit de toucher), il doit obtenir un

accord du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière au niveau central, accord qui se matérialise par un arrêté ministériel.⁵²

Tableau 12 : Evolution du forfait hôpitaux en Algérie 1990-2008

Désignation	Forfait hôpitaux en millions de DA	Taux d'évolution en %
1990	8 600	
1991	9 500	10,46
1992	9 500	0
1993	9 983	5,084
1994	11 250	12,69
1995	13 551	20,45
1996	16 576	22,32
1997	17 972	8,42
1998	19 652	9,35
1999	19 872	1,12
2000	20 600	3,66
2001	21 361	3,69
2002	24 000	12,35
2003	25 000	4,17
2004	27 021	8,08
2005	35 000	29,53
2006	35 000	0
2007	35 000	0
2008	38000	8,57

Source : Données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS, Alger

Cependant, depuis 1993, les pouvoirs publics affichent une volonté politique portant sur la réforme du financement de la santé. Cette volonté s'est exprimée dans la loi de finances de 1993 où il est signifié expressément que l'Etat ne prendra en charge que les frais liés à la prévention, la formation, la recherche et la santé des personnes nécessiteuses. 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 facturation. Cette révision des mécanismes de financement des soins dispensés par les établissements publics de santé au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit avait pour principal objectif la rationalisation des ressources financières mobilisables dans un contexte de fortes contraintes budgétaires. Le forfait global présente de nombreuses limites et il s'est avéré nécessaire de lui substituer de nouveaux mécanismes privilégiant le procédé de facturation qui met en rapport direct les ressources allouées et les prestations de santé réellement fournies.

⁵² Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité, Banque Mondiale, rapport n° 36270-DZ, août 2007, p. 165. In www.worldbank.com

1.1.2. Transferts pour soins à l'étranger (TSE) en Algérie

Les Transferts pour Soins à l'Etranger consistent à pallier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, yeux, certaines brûlures compliquées...).

Tableau 13 : Evolution des transferts pour soins à l'étranger en Algérie 1990-2007

Années	Transferts pour soins à l'étranger en dinars courants (en millions de DA)	Taux d'évolution en %	Transferts pour soins à l'étranger en dinars constants(en millions de DA)	Taux D'évolution En%	Nombre De Malades transférés	Dépense/malade (En DA)
1990	748		622,3		2 100	356190
1991	1246	66,58	826 ,26	32,77	2490	500401
1992	1827	46,63	925,06	11,96	3456	528645
1993	5486	200,27	2283,93	146,89	4602	1 192090
1994	10 414	89,83	3292,44	44,16	4539	2294337
1995	7 053	-32,27	1736,34	-47,26	2411	2925342
1996	2 472	-64,95	505,73	-70,87	762	3 244 094
1997	2 066	-16,42	398,53	-21,19	811	2 547472
1998	1 458	-29,43	264,75	-33,57	834	1 748201
1999	872	-40,18	155,14	-41,4	1026	850 113
2000	1 768,59	102,77	316,55	104,04	1216	1 454431
2001	1 737,295	-1,77	300,74	-5,08	1183	1468 550
2002	1 955,478	12,56	330,71	10,07	1512	1 293305
2003	2 580,445	31,96	421,78	27,53	.	.
2004	1 940,457	-24,8	303,29	-28,09	.	.
2005	2 063,486	6,34	316,44	4,33	1105	1 867408
2006	3 161,451	53,21	476,19	50,49	1001	3 158 292
2007	2 588,491	-18,12	375,25	-21,19	.	.

Source : Données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS, Alger

Selon le tableau 13, la dépense pour soins à l'étranger a plus que triplé passant de 748 millions de DA en 1990 à plus de 2,58 milliards de DA en 2007, alors que cette dépense a diminué de 39,69% en dinars constants. Evoluant entre 0,748 et 1,827 milliards de DA de 1990 à 1992, les sommes réservées à cette rubrique ont atteint des sommets en 1993, 1994 et 1995 avec respectivement 5,486 milliards de DA, 10,414 milliards de DA et 7,053 milliards de DA pour descendre après à 2 milliards en moyenne et finalement maîtrisées depuis 1999 à seulement 0,8 milliards de DA.

La lourde charge de ces dépenses, qui ne concerne le plus souvent qu'entre 2.000 à 5.000 personnes, pose problème au niveau de leur acceptation par la collectivité d'une part et pour leur efficacité d'autre part sachant le nombre élevé des décès qui suivent le plus souvent

ces hospitalisations. En effet, en 1994, les transferts pour soins à l'étranger qui ont concerné 4.639 personnes représentent l'équivalent du forfait hôpitaux devant couvrir l'intégralité des assurés sociaux et leurs ayants droit (22 millions de personnes) d'une part et d'autre part le 1/3 du budget de fonctionnement global de l'ensemble des établissements publics de santé.

La maîtrise de ce type de dépenses est passée par le financement des services spécialisés des hôpitaux publics destinés à recevoir les malades lourds initialement transférés à l'étranger. Des conventions ont été signées avec des services spécialisés pour la prise en charge des malades lourds en contre partie d'un financement d'équipements appropriés, de consommables et de médicaments par la CNAS. Cependant, une reprise de TSE a été constatée à partir de 2000 en raison des insuffisances chroniques caractérisant la prise en charge spécialisée en particulier.

De plus, le nombre de malades transférés à l'étranger a régressé de 52,33% entre 1990 et 2006 alors que la dépense pour chaque malade transféré, est multipliée par 8,87 durant la même période. Cette situation se justifie par le fait que les soins prodigués à l'étranger sont caractérisés par des maladies lourdes nécessitant des coûts élevés. En effet, la chirurgie cardiaque et vasculaire, l'oncologie, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'uronéphrologie et l'orthopédie, soit six spécialités, totalisent 89,5% des cas transférés, toutes pathologies confondues. En outre, ces six spécialités représentent 80% des journées d'hospitalisation en France.⁵³

L'Algérie continue de prendre des mesures pour réduire les dépenses de transfert pour soins à l'étranger, à travers : L'augmentation des conventionnements ; la réduction du nombre de pathologies donnant droit aux transferts ; la diversification des pays d'accueil ; l'incitation de la venue en Algérie d'équipes médicales étrangères.

1.1.3. Evolution des dépenses d'assurance maladie en Algérie

Il s'agit ici, de présenter l'évolution des dépenses d'assurance maladie en Dinars courants et en Dinars constants et l'évolution des dépenses d'assurance maladie par habitant et par rapport au PIB (cf. tableau 14).

⁵³ Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière : l'état de santé des Algériens et des Algériennes, MSPRH, avril 2002, p. 37. In www.santé.dz

Tableau 14 : Evolution des dépenses totales d'assurance maladie en Algérie.

En millions de DA

Année	Dépenses D'assurance Maladie en dinars courant	Taux d'évolution En %	Dépenses D'assurance Maladie en Dinars Constants	Dépenses D'assurance Maladie/PIB (en %)	Dépenses d'assurance maladie /habitants (DA)	Produit intérieur Brut PIB*	Taux d'évolution Du PIB (en %)
1990	3 297	-	2 717	0,59	130,56	555 800	-
1991	3 972	21,58	2 633	0,47	154,89	8 44 500	51,94
1992	6 669	67,9	3 376	0,64	253,85	1 048 000	24,09
1993	9 139	37,04	3 804	0,78	339,81	1 166 000	11,26
1994	10 495	14,84	3 318	0,7	381,69	1 487 400	27,56
1995	15 204	44,87	3 742	0,76	541,84	2 00 900	34,79
1996	20 100	32,2	4 112	0,78	703,63	2 570 000	28 ,18
1997	22 190	10,39	4 280	0,8	763,99	2 771 300	7,83
1998	21 478	-3,21	3 900	0,77	227,89	2 803 100	1,15
1999	20 961	-2,4	3 728	0,65	699,53	3 215 100	14,69
2000	25 194	20,19	4 509	0,61	828,31	4 123 000	28,24
2001	28 672	13,81	4 958	0,68	928,56	4 227 100	2,52
2002	32 380	12,93	5 476	0,72	1 032,65	4 521 800	6,97
2003	41 607	28,49	6 800	0,79	1 306,44	5 247 500	16,05
2004	49 884	19,89	7 796	0,81	1 541,36	6 135 900	16,93
2005	58 771	17,82	9 012	0,78	1 786,05	7 54 3900	22,95
2006	62 463	6,28	9 408	0,74	1 865,63	8 463 500	12,19
2007	73 256	17,28	10 619	0,78	2 167,34	9 389 600	10,94

Source : Données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS, Alger.

*Ministère des finances : Le comportement des principaux indicateurs macroéconomiques et financiers, ministère des finances, Alger, avril 2008, P. 12. In www.mf.gov.dz

Les dépenses d'assurance maladie, en dinars courants, ont connu une augmentation importante entre 1990 et 2007 et passent de 3,267 milliards de DA à 73,256 milliards de DA durant cette période. Elles ont été multipliées par près de 22,5 en l'espace de 18 ans malgré une légère baisse en 1998 et 1999 à hauteur de 3,21% et 2,40% respectivement. De plus, la part des dépenses d'assurance maladie dans les dépenses totale de santé est de 23,14% en 2005 alors qu'elle représentait 15,63% en 1992. En dinars constants, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté de 2,72 milliard à 10,62 milliards de DA entre 1990 et 2007, soit une augmentation qui a été multipliée par 3,91 durant la période. Bien que ce taux soit relativement élevé, il est néanmoins inférieur à l'évolution des dépenses maladie en valeurs courantes.

La comparaison de l'évolution du nombre d'habitants et les dépenses d'assurance maladie par habitant en dinars courants, nous montre que ces dernières ont été multipliées par 16,6 passant ainsi de 130,56 DA à 2167,34 DA entre 1990 et 2007. De plus, l'analyse des dépenses d'assurance maladie par rapport au PIB indique des taux relativement faibles

oscillant entre 0,47% pour le minimum en 1991 et 0,81% comme maximum en 2004. La part des dépenses d'assurance maladie dans le PIB a stagné puisque entre 1990 et 2007, elle a connu un coefficient de 1,32. Ces proportions relatives à cette part ne s'expliquent pas par la faiblesse d'assurance maladie mais plutôt par l'amélioration du PIB grâce aux recettes générées par les hydrocarbures qui représentent 98% du total de PIB en 2007. Toutefois, la part des dépenses d'assurance maladie en pourcentage du PIB hors hydrocarbures est de l'ordre de 41% en 2007, soit une part plus importante que celle des dépenses d'assurance maladie par rapport au PIB total⁵⁴.

En outre, l'évolution des dépenses d'assurance maladie en Dinars courants et en Dinars constants, permet de distinguer deux périodes différentes :

- **De 1990 à 1999** : L'évolution des dépenses d'assurance maladie en Dinars courants, durant cette période, est nettement supérieure à celle en Dinars constants, notamment en 1992 et en 1995 où nous soulignons deux pics qui s'expliquent par les niveaux atteints par le taux d'inflation en Algérie. En effet, les dévaluations successives du Dinar, la libération des prix, l'arrêt des subventions budgétaires aux produits alimentaires jugés de première nécessité (juin 1992) sont tous des facteurs qui libèrent et accélèrent l'inflation de façon brusque. Celle-ci connaît alors deux périodes de très fortes progressions soit : en 1991 et en 1992 où le taux d'inflation est passé de 25% et 30% respectivement puis 1995 où le taux est à hauteur de 28%.⁵⁵
- **De 2000 à 2007** : durant cette période, l'évolution des dépenses d'assurance maladie en Dinars courants coïncide avec celle des dépenses en Dinars constants. En effet, l'inflation a été maîtrisée pendant cette période pour atteindre des taux relativement faibles, soit 3,51% en 2007. La baisse du taux d'inflation s'explique par les mesures prises par l'Etat algérien, à travers la politique budgétaire et le maintien du Dinar algérien par rapport au dollar.

Pour détailler et mettre en lumière l'évolution des dépenses d'assurance maladie, nous présenterons ci-après l'évolution des dépenses de chaque poste de la branche « Assurance Maladie ».

⁵⁴ Ministère des finances : le comportement des principaux indicateurs macroéconomiques et financiers, ministère des finances, Alger, p. 13. In www.mf.gov.dz

⁵⁵ www.mf.gov.dz

1.1.3.1. L'évolution des dépenses d'actes médicaux en Algérie

En tant premier poste de dépenses d'assurance maladie, Le poste des actes médicaux a connu un accroissement passant de 674 millions de DA à 2,25 milliards entre 1990 et 2007, soit un taux d'évolution de 233,8 % en l'espace de 18 ans (cf. tableau 15).

Le développement rapide du secteur privé est à l'origine de cette augmentation. En fait, durant la période allant de 1995 à 2006, le nombre de médecins privés est passé de 9 951 à 17 268, soit une augmentation de 73,02% pendant cette période.⁵⁶ Cette préférence d'exercer dans le secteur privé est due à l'importance de la rémunération dans ce secteur par rapport au secteur public.

Tableau 15 : Evolution des dépenses des actes médicaux remboursés par la CNAS en Algérie

Années	Dépenses d'actes médicaux en dinars courants (en milliards)	Taux d'évolution (en %)	Dépenses d'actes médicaux en dinars constants (en millions)	Taux d'évolution (en %)	Part des dépenses d'actes médicaux dans les dépenses d'assurance maladie (en %)
1990	0,674	-	560,732	-	20,63
1991	0,785	16,47	520,557	-7,16	19,76
1992	1,107	41,02	560,506	7,67	16,59
1993	1,243	12,28	517,485	-7,67	13,6
1994	1,276	2,65	403,414	-22,04	12,16
1995	1,453	13,87	357,705	-11,33	9,56
1996	1,644	13,14	336,333	-5,97	8,18
1997	1,641	- 0,18	316,550	-5,88	7,39
1998	1,516	-7,62	275,285	-13,03	7,06
1999	1,400	-7,63	249,087	-9,52	6,68
2000	1,506	7,56	269,600	8,23	5,98
2001	1,581	5,02	273,578	1,47	5,52
2002	1,590	0,57	269,047	-1,66	4,91
2003	1,758	10,57	287,502	6,86	4,23
2004	2,004	13,97	313,326	8,98	4,02
2005	2,046	2,11	313,898	0,18	3,48
2006	2,041	-0,28	307,457	-2,05	3,27
2007	2,254	10,45	326,846	6,31	3,07

Source : Direction Générale de la CNAS, Alger

Les dépenses d'actes médicaux remboursés par la CNAS, en dinars constants, ont diminué de 560,7 millions de DA en 1990 à 326,8 millions de DA en 2007, soit un taux de diminution de 41,7 %. En fait, ces dépenses ont connu une baisse de 55,58 % entre 1990 et 1999, puis elles ont connu une reprise à partir de l'année 2000 pour enregistrer un taux d'évolution de 21,23 % entre 2000 et 2007. De plus, la part des dépenses d'actes médicaux par rapport aux dépenses totales d'assurance maladie a diminué de 20,63% en 1990 à 3,07%

⁵⁶ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : statistiques sanitaires 2006, MSPRH, Alger, février 2008, p. 38.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

en 2007. Cette régression significative s'explique par le fait que les dépenses d'actes médicaux ont crû d'une manière moins proportionnelle que l'accroissement des dépenses d'assurance maladie car les tarifs servant au remboursement des actes médicaux se situent à des niveaux relativement faibles.

1.1.3.2. Les dépenses de médicaments en Algérie

Les dépenses de la CNAS liées au remboursement des frais de la consommation médicamenteuse ne cessent d'augmenter depuis 1990, suivant un rythme accéléré. Elles constituent la catégorie des dépenses la plus importante du total des dépenses d'assurance maladie en 2007, avec une part de 82,99% (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Evolution des dépenses de médicaments remboursés par la CNAS Algérie

Années	Dépenses de médicaments en milliards de DA (en DA courant)	Taux de croissance (en %)	Dépenses de médicaments en milliards de DA (en DA constants)	Taux d'évolution en %	Part des médicaments dans les dépenses de l'assurance maladie	Part des dépenses de médicaments dans le PIB en %	Les dépenses de médicaments par habitant en Algérie
1990	0,940	.	0,782	.	28,77	0,17	37,57
1991	1,350	43,62	0,895	14,47	33,99	0,16	52,64
1992	3,500	159,26	1,772	97,95	52,48	0,33	133,23
1993	5,500	57,14	2,289	29,21	60,18	0,47	204,51
1994	6,500	18,18	2,055	-10,25	61,93	0,44	236,39
1995	10,570	62,61	2,602	26,62	69,52	0,53	376,69
1996	14,880	40,44	3,044	16,99	74,03	0,58	520,89
1997	16,920	13,71	3,263	7,22	76,25	0,61	582,54
1998	16,440	-2,84	2,985	-8,53	76,54	0,59	557,15
1999	15,908	-3,24	2,829	-5,21	75,89	0,49	530,90
2000	19,800	24,46	3,543	25,24	78,59	0,48	650,97
2001	23,053	16,43	3,987	12,50	80,4	0,54	746,56
2002	25,743	11,67	4,353	9,199	79,5	0,57	820,99
2003	33,373	29,64	5,454	25,29	80,21	0,63	1047,88
2004	40,378	20,99	6,311	15,69	80,94	0,66	1247,63
2005	47,465	17,55	7,278	15,33	80,76	0,63	1442,44
2006	51,071	7,6	7,692	5,68	81,76	0,60	1525,38
2007	60,793	19,04	8,813	14,56	82,99	0,65	1798,62

Source : Direction Générale de la CNAS, Alger.

Le tableau 16 indique que les chiffres de la CNAS, concernant les dépenses médicamenteuses, ont fait état de plus de 60,79 milliards de DA courants en 2007, contre moins de 0,94 milliards de DA courants en 1990, marquant ainsi un taux d'accroissement faramineux estimé à plus de 6 367%. De même, le remboursement des médicaments en DA constants a, également, enregistré une évolution d'une ampleur considérable. En fait, en

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

l'espace de 18 ans, le montant remboursé par la CNAS a connu une augmentation estimée à plus de 1 026% en passant de 782 millions de DA en 1990 à 8,813 milliards de DA en 2007.

La part des médicaments dans le PIB a presque quadruplé de 1990 à 2007. Elle passe de 0,17 % à 0,65 % durant cette période. Cette augmentation en dépenses médicamenteuses, qui constitue un fardeau pour la CNAS, peut être attribuée aux facteurs suivants :

- L'amélioration du niveau de vie de la population et l'accélération du processus d'urbanisation ;
- L'introduction de nouvelles molécules dans les spécialités remboursées par l'assurance maladie entraîne des coûts plus élevés (par exemple l'anti-cholestérol et l'anti-hypertension) ;
- L'accroissement des prescripteurs et l'absence de politique efficace de maîtrise des prescriptions ;
- La faiblesse de la production nationale en médicaments multipliant ainsi les importations ;
- La non-modulation des taux de remboursement qui continuent à être identiques pour l'ensemble des médicaments au lieu d'un système de remboursement à taux dégressif en fonction de la valeur thérapeutique de chaque médicament ;
- Le développement du système du tiers payant ;
- Le recours accru aux médicaments princeps et la faible part des génériques dans cette consommation ;
- L'augmentation et la diversité de la morbidité en Algérie (apparition des maladies de civilisation et les maladies chroniques : diabète, cancer, maladie cardiovasculaires...) ;
- Le renchérissement des prix des médicaments dû aux dévaluations successives de la monnaie locale ;
- Une nomenclature de médicaments très large.

Cependant, la plus forte croissance des dépenses de médicaments a été enregistrée durant les années allant de 1990 à 1995, notamment des pics en 1992 et 1995, où nous constatons une progression du marché du médicament de 7,4%. La raison principale de cet infléchissement rapide tire son origine de l'augmentation de la demande et/ou de la consommation de médicaments en raison des facteurs déjà avancés. Ajoutant à ces facteurs, le renchérissement des prix des médicaments ayant connu, en ces périodes (avant 1997), des augmentations fabuleuses notamment en 1994, l'année de suppression du soutien aux prix

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

rendant ainsi les prix à la consommation entièrement dépendants des prix à l'importation. Dès lors, les dévaluations du DA vont avoir un impact inflationniste sur les prix du médicament, durant ces années, le prix du médicament a connu des accroissements spectaculaires. En effet, entre 1989 et 1995, les prix des médicaments ont été multipliés par 9, voire par 24. A titre d'exemple, le prix de la pénicilline a été multiplié par 14, celui de Maldor par 18,9 et de Glucophage comprimé par 16,9. Certains médicaments comme Primpéran comprimé et Feldene ont vu leurs prix se multiplier par plus de 24 (CNES 2003).

En termes de structure de consommation, les anti-infectieux sont en tête avec un taux de 15,5% suivie de gastro-entérologie avec 11,8%, les antalgiques et les anti-inflammatoires occupent la troisième et la quatrième positions avec des parts 9,9% et 9,1% respectivement.⁵⁷

L'accroissement du nombre d'assurés sociaux (qui a subi une augmentation de 15% sur la période 2004-2007) et l'extension du système du Tiers Payant sont également à l'origine de cet accroissement. En effet, les dépenses occasionnées par le tiers-payant représentent une dépense, de plus en plus, lourde pour la CNAS. Les dépenses du tiers-payant sont passées de 6,39 milliards de DA en 2002 à 46,62 milliards de DA en 2007 ; elles ont été multipliées par 7,29 durant six ans. En ce qui concerne le poids des dépenses de tiers-payant, nous remarquons que leurs parts dans le total des dépenses de médicaments est passé de 24,82% à 76,68% entre 2002 et 2007. Cette évolution s'explique par l'augmentation du nombre de titulaire des cartes du tiers-payant qui a plus que triplé depuis sa mise en œuvre en 2002 jusqu'à 2007 passant de 574 688 en 2002 à 1 800 000 en 2007. Cette situation a favorisé l'augmentation du nombre d'ordonnances des assurés du système de tiers payant qui passe de 4 950 425 à 16 070 828 ordonnances, à raisons de 8 ,93 ordonnances par titulaire (cf. tableau 17).

La dépense moyenne par une ordonnance tiers-payant est plus élevée que celle enregistrée dans les ordonnances du système classique. En effet, la dépense moyenne par une ordonnance tiers payant représente le triple, voire plus, d'une ordonnance classique, soit 2900 DA, contre 730 DA en 2007. De même, le nombre d'ordonnances par un bénéficiaire tiers payant est plus important que celui des assurés titulaires des remboursements classiques de la sécurité sociale, soit respectivement 9 ordonnances contre 4 en 2007.

⁵⁷ CNES : Le médicament, CNES 19^{ème} Session Plénière, Alger, décembre, p. 61

Tableau 17 : Evolution des dépenses médicamenteuses en tiers payant.

années	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nbr ord TP	4 950 424	7 136 750	9 596 611	11 726 746	13 598 117	16 070 828
Dépenses TP	6 390 000 000	11 982 000 000	19 220 414 643	27 186 347 639	35 441 779 877	46 618 985 171
DM / ord TP	1 290,79	1 678,91	2 002,83	2 318,32	2 606,32	2 900,85
Nombre titulaire TP	574688	784 574	1 006 809	1 290 041	1 534 029	1 800 000
Nbre ord / TP	8,61	9,09	9,53	9,09	8,86	8,93
Nbre ord hors TP	/	/	29 197 992	27 009 645	20 238 959	19 398 957
Dépenses hors TP	/	/	21 157 923 450	20 278 742 165	15 629 573 446	14 174 305 973
DM / ord hors TP	/	/	724,64	750,8	772,25	730,67
Nbre assuré hors TP	/	/	5 362 457	5 466 230	5 282 023	5 537 372
Nbre ord/assuré hors TP	/	/	5,44	4,94	3,83	3,5
Total ord	/	/	38 794 603	38 736 391	33 837 046	35 469 785
Total dépense	/	/	40 378 338 093	47 465 089 804	51 071 353 323	60 793 291 145
DM / ord	/	/	1 040,82	1 225,34	1 509,33	1 713,95
Total assuré	/	/	6 369 266	6 756 271	6 816 052	7 337 372
Nbre ord / assuré	/	/	6,09	5,73	4,96	4,83
% TP dans les frais médicamenteux	24,82	35,9	47,6	57,28	69,4	76,68

Source : Données de la Direction Générale de la CNAS, Alger.

TP : tiers payant.

Nbre : nombre.

DM : Dépense moyenne.

Ord : ordonnance.

L'augmentation de la dépense moyenne par une ordonnance (multipliée par 1,6 sur la période 2002-2007) remboursée par la CNAS est alimentée, en grande partie, par l'accroissement de la dépense moyenne par une ordonnance tiers payant que par celle des assurés classiques. En effet, la dépense moyenne par une ordonnance tiers payant a été multiplié par plus de 2,24 en l'espace de 4 ans, passant de 1290 DA en 2004 à 2900 DA en 2007, alors que celle d'une ordonnance classique a été maintenue sur la même période (soit 730 DA en 2007 contre 724 DA en 2002).

Cette situation s'explique par la nature des bénéficiaires du système tiers payant constituée des personnes âgées atteintes par un nombre important d'affections notamment chroniques et des personnes atteintes par des maladies de longue durée nécessitant le recours régulier à la prise d'un traitement médicamenteux et une dépense moyenne par une ordonnance généralement plus élevée que celle des personnes atteintes des affections bénignes.

Pour réussir un bon fonctionnement du système de tiers payant d'une manière efficace, des mesures ont été entreprises dans le but de renforcer le conventionnement avec les pharmacies d'officines. En effet, le nombre d'officines conventionnées a plus que doublé au bout de 4 ans passant de 2773 à 6968 entre 2002 et 2005.

1.1.3.3. L'évolution des dépenses des autres biens médicaux

Les dépenses du poste « autres biens médicaux » concernent les prescriptions autres que médicamenteuses, et se compose de trois grandes catégories : les prothèses, les frais d'optique, les accessoires et pansements.

Tableau 18 : Evolution des dépenses des autres biens médicaux remboursés par la CNAS.

Années	Dépenses des autres biens médicaux (en milliards de DA)	Taux d'évolution (en %)	Dépenses des autres biens médicaux en termes constants (en millions de DA)	Taux d'évolution (en %)
1990	0,314	-	261,23	-
1991	0,46	46,49	305,04	16,77
1992	0,56	21,96	284,05	-6,88
1993	0,55	-2,32	228,14	-19,68
1994	0,61	11,31	192,85	-15,47
1995	0,78	27,87	192,02	-0,43
1996	0,91	16,15	185,35	-3,47
1997	0,89	-1,77	171,68	-7,37
1998	0,89	0,34	162,16	-5,55
1999	0,98	10,19	175,03	7,94
2000	1,13	14,93	202,42	15,65
2001	0,95	-16,01	164,27	-18,85
2002	1,60	68,79	271,15	65,06
2003	2,52	57,23	412,03	51,95
2004	2,88	14,39	450,69	9,38
2005	3,96	37,35	607,38	34,76
2006	4,15	4,86	625,58	2,99
2007	4,483	7,95	649,93	3,89

Source : Direction Générale de la CNAS, Alger.

De 1990 à 2007, les dépenses du poste « autres biens médicaux » ont connu un taux d'évolution de 1 327 %. Elles sont passées de 314 millions de DA à 4,483 milliards de DA durant cette période. Faut-il signaler que ce poste de dépenses commençait à enregistrer des sommes importantes à partir de l'année 2000. Le poids important de ces dépenses dans le total des dépenses d'assurance maladie (6,12% en 2007) s'explique par le fait que la population algérienne soit de plus en plus exposée au risque quotidien nécessitant des biens médicaux tels que les accidents de circulation et ceux domestiques. (cf. tableau 18).

1.1.3.4. L'évolution des indemnités journalières (IJ)

Les prestations en espèces sont destinées à compenser le salaire perdu à l'occasion d'un arrêt de travail pour raison de maladie.

Tableau 19 : Evolution des dépenses d'indemnités journalières remboursé par la CNAS

En milliards de DA

Années	Dépenses d'indemnités journalières en DA courants	Taux d'évolution (en %)	Part des indemnités journalières dans les dépenses d'assurance maladie en %	Dépenses d'indemnités journalières en DA constants	Taux d'évolution (en %)	Population en chômage *
1990	1,339	-	40,98	1,113	-	1 156 000
1991	1,377	2,84	34,67	0,913	-18,03	1 233 000
1992	1,501	9,01	22,51	0,760	-16,77	1 344 000
1993	1,848	23,12	20,22	0,769	1,23	1 519 000
1994	2,109	14,12	20,09	0,666	-13,33	1 660 000
1995	2,401	13,84	15,79	0,591	-11,35	2 125 000
1996	2,670	11,20	13,28	0,546	-7,59	2 186 000
1997	2,739	2,58	12,34	0,528	-3,27	2 257 000
1998	2,629	-4,02	12,24	0,477	-9,64	2 333 000
1999	2,668	1,50	12,73	0,474	-0,57	2 516 000
2000	2,756	3,31	10,94	0,493	3,96	2 544 000
2001	3,088	12,02	10,77	0,534	8,24	2 339 449
2002	3,443	11,49	10,63	0,582	9,33	2 220 513
2003	3,954	14,86	9,5	0,646	11,01	2 078 270
2004	4,617	16,77	9,26	0,721	11,66	1 671 534
2005	5,299	14,75	9,02	0,812	12,59	1 474 549
2006	5,197	-1,92	8,32	0,792	-3,67	1 240 841
2007	5,725	10,15	7,81	0,829	6,02	1 374 663

Source : Direction Générale de la CNAS, Alger

* Site officiel de l'ONS : www.ons.dz.

En dinars courants, les dépenses du poste d'indemnités journalières de la CNAS sont passées de 1,339 milliards de DA en 1990 à 5,725 milliards de DA en 2007, soit un taux d'évolution de 327,56 % durant cette période. De plus, la part des indemnités journalières dans le total des dépenses d'assurance maladie est passée de 7,81 % en 2007 à 40,98 % en 1990. Cette régression peut s'expliquer par la part des dépenses médicamenteuses qui devient de plus en plus importante dans le total des dépenses d'assurance maladie. Cependant, en dinars constants, les dépenses d'indemnités journalières ne nous permettent pas d'observer la même tendance. En effet, nous remarquons qu'elles ont connu une diminution de 25,49 % entre 1990 et 2007 contrairement à ce qui a été dit pour les indemnités journalières nominales. Ce qui permet de remarquer que le poste « indemnités journalières » représente le poste qui est le plus touché par l'effet de l'inflation en raison du fait que leur mode de calcul nécessite

la prise en considération du salaire net soumis à cotisation défini par l'article 01 de l'ordonnance 95-01 du 21 Janvier 1995, c'est-à-dire que c'est le salaire nominal qui est pris en compte. Faut-il signaler que c'est à partir de l'année 2000 que les dépenses d'indemnités journalières ont réellement connu une augmentation si l'on se réfère aux valeurs réelles des indemnités journalières. Elles sont passées de 493 millions de DA en 2000 à 829 millions de DA en 2007, soit un taux d'évolution de 68,15 % (cf. tableau 19).

1.1.4. L'équilibre financier de la CNAS

La caisse nationale des assurances sociales présentait des résultats négatifs de 1995 à 1998, puis sa situation financière s'est améliorée pour les années 1999 et 2000 et dans l'ensemble entre 2000 et 2007, la CNAS a enregistré des situations excédentaires. (cf. tableau 20).

Tableau 20 : Evolution des dépenses et recettes de la CNAS (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

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de : CNAS, Evolution des dépenses et recettes de la CNAS (1999- 2007), Direction des Statistiques, Direction Générale de la CNAS, Alger, 2008.P. 1.

Les dépenses de la CNAS ont augmenté sans cesse. Elles ont été multipliées par près de 1,5 en espace 12 ans passant ainsi, de 45 milliards de DA courant en 1995, soit plus de 36 milliards en dinars constant, à 97 milliards en DA courant, soit 94 milliards en DA constant, en 2007. L'évolution du volume des prestations est liée à l'accroissement continu de la demande des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Les assurances sociales ont connu quelques difficultés financières entre 1995 et 1998 à cause des mutations socio-économiques qu'a connu le pays (la mise en œuvre de programme d'ajustement structurel PAS, qui s'est traduit en particulier par la suppression du soutien des

prix des médicaments, le recul de l'emploi.)⁵⁸. Cela a causé un sérieux déséquilibre de la CNAS en particulier et de la sécurité sociale en général.

Les recettes de la CNAS ont été multipliées par trois au bout de 17 ans passant de 43 milliards de DA courant en 1995, soit près de 38 millions en DA constant, à 197 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. Selon la Direction Générale de la CNAS, en 2007, la structure des recettes de la sécurité sociale été formée comme suit : 53,4% pour les administrations ; 32,3% pour le secteur public économique et 11,6 % pour le secteur privé.

1.2. Les facteurs déterminants des dépenses d'assurance maladie en Algérie

L'Algérie a connu des transitions démographique, épidémiologique et économique qui ont causé une augmentation de la charge globale de morbidité et des incapacités chroniques dues aux maladies chroniques et au vieillissement de la population, ce qui a peser lourdement sur le système de sécurité sociale, et plus particulièrement sur la branche de l'assurance maladie.

1.2.1. La transition démographique en Algérie

La démographie exerce une pression sur le système de sécurité sociale. C'est à travers ses éléments que s'établissent les choix de politique sociale. C'est en fonction des évolutions et des tendances démographiques que les décideurs allouent les ressources au système social à travers un ensemble de dispositifs et de législations adaptés.

Lente durant toute la période coloniale et passant d'un démembrement de 2,3 millions d'habitants à l'aube de la colonisation à 8,7 millions en 1954, la population algérienne a connu une forte croissance à partir de l'indépendance en 1962 et qui n'a commencé à s'infléchir qu'au delà de la deuxième moitié de la décennie 80. De 12 millions d'habitants recensés en 1966, elle est passée à 22,8 millions en 1987 (recensement de 1987). Le taux d'accroissement, enregistré durant cette période et s'établissant autour de 3,2%, était l'un des plus élevé au monde⁵⁹.

⁵⁸ CNES : Projet de rapport sur la conjoncture économique et sociale, CNES, 2002, p. 72.

⁵⁹ Lamri L. : monographie de l'assurance maladie en Algérie, éd. RESSMA, Alger, septembre 2001, p. 57.

Depuis la décennie 90, l'Algérie est rentrée dans une phase de transition démographique caractérisée par un ralentissement du taux d'accroissement naturel de 2,49 % à 1,86 % entre 1990 et 2007. Ainsi, l'Algérie comptait 34,09 millions d'habitants en 2007 contre 25,02 millions d'habitants en 1990.⁶⁰ Cependant, la politique de ralentissement de l'expansion démographique par la méthode de l'espacement des naissances est loin d'être la meilleure solution, étant donné que le taux d'accroissement naturel reste toujours élevé malgré la disponibilité des moyens contraceptifs. En effet, dans la pratique, il n'est pas très évident de limiter les naissances notamment dans les pays du Sud de l'Algérie pour des raisons socioculturelles (où la naissance d'un garçon est fortement souhaitée).⁶¹

En plus du volume de la population, la transition démographique apparaît aussi dans le changement de la structure de la population algérienne. Ainsi, cette dernière se répartit selon trois grandes catégories d'âge :

- La tranche d'âge des moins de 15 ans constitue 28,2% de la population algérienne en 2006. Pour les moins de cinq ans, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière l'estime à 8,5% de la population totale⁶². Les affections qui caractérisent cette tranche d'âge sont : la morbidité et mortalité périnatale, les affections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et les accidents domestiques.
- La tranche d'âge allant de 15 à 59 ans est représentée par 64,2% de la population en 2006.⁶³ Les maladies non transmissibles prédomineront quelque soit le sexe, une des premières causes de mortalité sera représentée par les accidents et principalement ceux de la voie publique ainsi que les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les affections respiratoires et digestives.
- La population âgée de 60 et plus est passée de 6.6% en 1998 à 7.6% en 2006.⁶⁴ La population âgée, attendue dans les prochaines années, est différente de l'actuelle essentiellement par son niveau d'instruction et ses qualifications professionnelles. Elle est donc plus « exigeante » en matière de services de santé et de soins. Le vieillissement de la population algérienne s'explique par l'amélioration de l'espérance

⁶⁰ www.ons.dz

⁶¹ Kaïd Tlilane N. et Ferfera M. Y. : le besoin de la santé chez l'enfant, les cahiers de MECAS n°2, Alger, Avril 2006, p. 121.

⁶² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : suivi de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, p. 23. In www.santé.dz

⁶³ Idem.

⁶⁴ Idem

de vie à la naissance qui a atteint 75.3 ans en 2005.⁶⁵ Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les affections respiratoires et digestives et les néphropathies occuperont une place, de plus en plus, grande avec des taux s'élevant avec l'âge auxquelles viendront s'ajouter les affections touchant la santé mentale (démences, états dépressifs, Alzheimer, Parkinson, etc.).

1.2.1.1. Les conditions de l'habitat de la population algérienne

L'habitat a un impact sur les conditions de vie des individus. En effet, les conditions d'habitat et les commodités du logement (l'approvisionnement en eau, le mode d'évacuation des déchets, le type d'éclairage, le type de construction et l'occupation de l'espace résidentiel du logement) peuvent influencer le niveau de vie des individus et par conséquent, leur état de santé.

En Algérie, 48.7% des ménages résident dans des habitations de type maison individuelle et villa tant en milieu urbain qu'en milieu rural. L'habitat précaire est de l'ordre de 4,6% de la population avec 6,7% dans le rural et 4,6% urbain. De plus, concernant l'espace de l'habitation, nous constatons que les logements sont exigus, particulièrement, en zone rurale soit 25,3% des logements sont constitués de trois pièces contre 37,3% en zone urbaine. Pour le taux d'occupation par pièce, il est estimé à 2,2 personnes par pièce en milieu urbain et 2,6 personnes par pièce dans le rural en 2006. Quant au taux de raccordement des logements au réseau de gaz naturel, il est de l'ordre de 38,4% soit 60,7% en urbain et seulement 7,7% dans le rural. En outre, l'utilisation des combustibles solides (bois et charbon de bois) qui concernent 1,2% des ménages engendre des niveaux élevés de pollution (cf. tableau 21).

Pour l'accès de la population à une source d'eau améliorée, il est de l'ordre de 87,9% et 81,6% en urbain et rural respectivement. Or, l'accès aux sources non améliorée (puits non protégés, camion citerne, etc.) est estimé à 14,6% pouvant ainsi provoquer des maladies à transmission hydrique (cf. tableau 21).

⁶⁵ www.ons.dz

Tableau 21 : caractéristiques des logements, utilisation des sources d'eau, raccordement à un réseau électrique et au gaz naturel pour la population algérienne en 2006.

		Urbain	Rural
Type de logement	Maison individuelle	50	46,9
	Appartement	31,7	4,5
	Maison traditionnelle	14,5	40,8
	Habitat précaire	3	6,7
	Autre	0,4	0,9
	Total	100	100
Nombre de pièces	1 pièce	11,6	18,1
	2 pièces	20,5	26,3
	3 pièces	37,3	25,3
	4 pièces et plus	30,6	30,2
	Taux d'occupation par pièces	2,2	2,6
	Total	100	100
Type d'éclairage	Réseau d'éclairage	99,4	97,6
	Groupe électrogène	0,2	0,5
	Charbon / bois	0,2	1,2
	Autre	0,2	0,7
	Total	100	100
Type de combustible utilisé pour la cuisine	Electricité	0,6	0,3
	Charbon naturel	60,7	7,7
	Charbon de bois	0	0,7
	Bois	0,1	2,1
	Gaz butane	38,7	89,1
	Autres	0	0,1
Autres combustibles	Combustible solides	0,1	2,8
Installations sanitaires améliorées	Chasse reliée à l'égout	91,9	49,8
	Chasse reliée à la fosse sceptique	5,3	32,3
	Chasse reliée à des latrines	0,4	4,4
	Pourcentage de la population utilisant une source d'eau améliorée	97,6	86,5
Installations sanitaires non améliorées	Pas de toilette	0,6	10,4
	Autres	1,8	3,2
	Pourcentage de la population utilisant une source d'eau non améliorée	2,4	13,6

Source : Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière : Suivie de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, p. 27, 28, 29. In www.sante.dz

1.2.1.2. Nuptialité et fécondité et leur effet sur la santé

En 2006, les Algériens se marient, en moyenne, à l'âge de 33,5 ans et les Algériennes à 29,9 ans. De plus, les femmes ayant entre 15 – 49 ans représentent 56,3% de la population, parmi elles 44,3% sont mariées. Le recul de l'âge de mariage s'explique principalement par l'amélioration du niveau d'instruction des femmes algériennes soit près d'une femme sur dix

(8,9% des femmes ont atteint le niveau supérieur)⁶⁶. Aussi, la demande et la diffusion rapide des moyens contraceptifs, de plus en plus disponibles, permet de limiter les naissances expliquant ainsi la baisse du taux de natalité qui est passée de 30,94% pour mille à 22,98 pour mille entre 1990 et 2007, soit une diminution de 25,72%.⁶⁷ La prévalence contraceptive chez les femmes mariées est estimée à 61,4% pour celles qui utilisent une méthode moderne de contraception tandis que 9,4% optent pour une méthode traditionnelle.⁶⁸ A partir de toutes ces données, nous constatons que les nouveaux comportements démographiques sont marqués à la foi par le mariage tardif et une maîtrise de la fécondité.

1.2.2. La transition économique en Algérie

La transition économique est caractérisée par le passage d'une économie administrée à une économie régulée par le marché. En matière de financement, le système de l'assurance maladie est atteint à cause du désengagement progressif de l'Etat du financement du système de sécurité sociale.

1.2.2.1. L'application du plan d'ajustement structurel (PAS)

L'Algérie a connu, sur le plan économique, des changements très importants depuis l'indépendance. En effet, elle avait opté pour l'industrie lourde qui était un choix stratégique de développement, qui visait la résolution du problème du chômage et le sous emploi. La création d'emploi a connu une nette accélération soit 1,5 millions de postes d'emploi créés entre 1966 et 1980.⁶⁹ La priorité accordée à l'industrie lourde durant la fin des années 1970 avait permis une croissance économique de 7% en moyenne par an de 1967 à 1979.⁷⁰ Cette croissance a été soutenue avec le choc pétrolier qui a fait passer les prix du pétrole de 34 \$ le baril en 1980 à 40 \$ en 1981.⁷¹ Cependant, cette situation a été de courte durée puisqu'en 1986 (contre choc pétrolier), les premiers signes de crise ont commencé à apparaître en raison du fait que le cours du pétrole était estimé à 30 \$ le baril en 1985 et a baissé littéralement en

⁶⁶ Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme hospitalière : suivi de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, p. 59. In www.santé.dz

⁶⁷ www.ons.dz

⁶⁸ Ministère de la santé et de la Réforme Hospitalière : suivi de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, p. 59. In www.santé.dz

⁶⁹ Ourabah M. : Les transformations économiques en Algérie, éd. ENAP, Alger, p. 114

⁷⁰ Benissad H. : L'ajustement structurel, l'expérience du Maghreb, éd. OPU, Alger, 1999, p. 57

⁷¹ Dhamani A. : L'Algérie à l'épreuve, économie politique des réformes, éd. L'Harmattan, France, 1980-1997, p. 82

juillet 1986 pour atteindre 10 \$ le baril.⁷² Cette baisse significative des prix du pétrole a entraîné une situation de crise à la fin des années 90.

L'application du plan d'ajustement structurel apparaissait donc comme un moyen pour mettre fin à cette crise. En effet, l'Algérie a signé deux accords avec le Fond Monétaire International (FMI) afin de stabiliser sa situation économique et de renforcer son équilibre financier. Des mesures ont été prises à cet effet visant principalement : La correction du taux de change par la dépréciation du DA (le taux de change officiel est passé de 1 \$ contre 58 DA en décembre 1997 à 1 \$ contre 12,2 DA en décembre 1990).⁷³ ; la réduction des écarts entre les prix administrés et des prix du marché et la suppression du monopole de l'Etat du commerce extérieur.

1.2.2.2. Le remaniement du système économique algérien durant la décennie 2000

Pour assurer la pérennité de son développement, l'Algérie essaye de mettre en place un environnement économique et social propice à la croissance, à la cohésion sociale et à la réduction de la pauvreté et minimiser sa forte dépendance des exportations pétrolières. Dans ce contexte, l'Algérie a engagé une politique de libéralisation en adoptant les mécanismes d'une économie de marché. Dans ce sens, les Plans de Soutien à la Relance Economique 2001-2004 puis 2005-2009, ont pour principal objectif l'intégration de l'économie nationale. Ces plans se sont accompagnés de la mise en place d'un nouveau dispositif législatif conçu pour soutenir l'investisseur privé national et rendre possible l'appel aux capitaux étrangers. Plusieurs textes législatifs ont été promulgués ou amendés, à savoir : La loi sur la monnaie et le crédit, le code de commerce, le code des investissements, l'ordonnance relative à la gestion des capitaux marchands de l'Etat, l'ordonnance relative à la privatisation des entreprises publiques et la loi sur la concurrence.

Ces changements ont un impact sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie car l'augmentation des dépenses de santé ne peut être supportée que par une économie en forte croissance. De cela, deux indicateurs économiques sont susceptibles d'influencer les dépenses d'assurance maladie :

⁷² Dahmai A., op.cit., p. 69

⁷³ Mendil D. : Adaptation du mode de financement de la sécurité sociale au contexte économique de transition vers l'économie de marché : cas de l'Algérie, Magister en sciences économiques, université de Bejaïa, Algérie, juin 2002, p. 5

1.2.2.2.1. Le taux d'inflation

La santé correspond à un poste important de dépense, presque au même titre que l'alimentaire, l'habillement ou le transport. Elle est caractérisée par une forte croissance en valeur, ce qui conduit inéluctablement à une déformation de la structure des budgets en faveur des dépenses d'assurance maladie. En effet, La santé représente le deuxième déterminant du taux d'inflation en Algérie, avec une variation de 3,03% en 2007. Cependant, le rythme de variation des indices des prix du poste (santé et hygiène corporelle) a fortement diminué de 1992 à 2007, passant ainsi d'un taux d'évolution de 67,86% à 3,03 % entre ces deux périodes.

En général, l'Algérie a enregistré un taux d'inflation qui est estimé à 3,5%, en 2008.⁷⁴ La variation de l'indice des prix à la consommation a atteint 3,5% en 2007 contre 2,5 en 2006. Cette poussée est imputable principalement aux prix des produits alimentaire dont la variation de l'indice a atteint 6,5% en 2007 sous l'effet du renchérissement des prix internationaux des produits alimentaires de base et des produits agricoles frais.

1.2.2.2.2. Le taux de change

L'Algérie a connu une légère appréciation de sa monnaie nationale en 2007. En fait, le dinar s'est apprécié par rapport au dollar et à l'euro. En moyenne annuelle, le dinar s'est échangé en 2007 à 69,36 DA pour 1 \$ et à 95 Da pour 1 € contre respectivement 72,64 et 91,24 DA en 2006.⁷⁵ Malgré cette appréciation, ce taux de change demeure pénalisant pour les caisses d'assurance maladie en raison de la lourde facture des importations des médicaments. En fait, l'Etat qui avait le monopole des importations des médicaments et qui se chargeait de leur approvisionnement pour l'ensemble de la population algérienne à un coût relativement faible à travers les appels d'offre internationaux, et ce jusqu'en 1990, avait autorisé, à partir de cette date, l'émergence d'importateurs privés suite à la suppression du monopole de l'Etat entraînant une augmentation des importations en médicament. D'autre part, la répartition de ces importations montre que plus de 90% sont à l'actif du secteur privé et proviennent essentiellement de l'Europe à laquelle s'ajoutent les USA et les pays arabes tels que la Jordanie, l'Arabie Saoudite et la Syrie. Ainsi, 97,2% des importations algériennes en médicament sont couvertes par la France qui en demeure le premier fournisseur.⁷⁶

⁷⁴ www.mf.gov.dz

⁷⁵ Ministère des Finances : le comportement des principaux indicateurs macroéconomiques et financiers, ministère des finances, Alger, avril 2008, p. 9. In www.mf.gov.dz

⁷⁶ CNES : Le médicament, CNES 19^{ème} session plénière, Alger, décembre 2003, p. 62

1.2.3. La transition épidémiologique en Algérie

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

1.2.3.1. Les maladies transmissibles en Algérie

Depuis l'indépendance et grâce à l'allocation d'importantes ressources, la santé des algériens s'est au fil du temps nettement améliorée. Les mesures ont porté sur l'extension des moyens matériels et humains et leur organisation socialisée qui a permis à un grand nombre d'utilisateurs d'y avoir accès. Dans ce sens, la vaccination a constitué une préoccupation majeure en Algérie. Des campagnes de vaccinations au BCG ont été lancées à partir de 1966 et un décret présidentiel a été institué en 1969 portant l'obligation et la gratuité des vaccinations contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, et la variole. Ce décret s'est accompagné de l'adoption d'un Programme Elargi de Vaccination (PEV).⁷⁷

Tableau 22 : Evolution du nombre de cas atteints de maladies transmissibles en Algérie.

Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Typhoïde	4 834	2 767	2 881	2805	2077	3 218	1110	1 203	918	945	637
Rougeole	18536	3 132	2 295	1601	2423	6674	12688	2 667	2 599	932	823
Tétanos	32	28	18	12	14	4	2	5	9	3	7
Diphtérie	62	57	17	3	3	0	7	8	3	3	0
Coqueluche	31	13	7	32	141	60	17	68	55	17	47

Source : www.ons.dz

*Institut National de Santé Publique : relevé épidémiologique annuel, années, Alger, 2004, 2005, 2006 et 2007.

Malgré les efforts consentis pour la maîtrise des maladies transmissibles, nous constatons, cependant, que l'objectif assigné est loin d'être atteint pour certaines maladies, notamment la rougeole et la typhoïde. En effet, selon le tableau 22, la rougeole demeure la moins maîtrisée. Le nombre de cas relatifs à cette affection est passé de 18 536 cas en 1997 à 823 en 2007. Cette baisse est due essentiellement aux actions spécifiques de vaccination menées en 1996, en particulier avec l'introduction d'un rappel à l'âge de six ans. Faut-il

⁷⁷ Kaïd Tlilane N. et Grangaud J. P. : La situation vaccinale des enfants en période de PAS en Algérie, Revue des Sciences Economiques et de Gestion n°5, Sétif, Algérie, 2005, p.12

signaler qu'en 2003, le nombre de cas de rougeole a atteint 12 688 cas⁷⁸, cette flambée vient rappeler la nécessité du renforcement de la vigilance pour cette infection. La typhoïde quant à elle, est passée de 4 834 cas en 1997 à 637 cas en 2007. Cette baisse est considérable, mais des efforts supplémentaires sont recommandés dans l'avenir, afin d'éradiquer cette maladie.

La diphtérie a enregistré une baisse significative, en passant de 62 cas en 1995 pour être entièrement éradiquée en 2007. La coqueluche, quant à elle, est caractérisée par une faible incidence depuis le milieu des années 90, le nombre de cas déclarés est passé de 31 cas en 1997 à 17 cas en 1997, enregistrant ainsi une diminution de 45,16% durant cette période. Cependant, à partir de 2003, le nombre de cas s'est élevé atteignant 47 cas en 2007 (cf. tableau 22).

Fréquente chez les malades de sexe masculin, la tuberculose touche le plus, la tranche d'âge des plus de 60 ans, suivie des jeunes adultes. Une enquête menée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière sur la situation épidémiologique de la tuberculose en Algérie fournit les indications suivantes pour l'année 2006 : l'incidence de cette affection chez les 0 – 4 ans est de 6,70 pour 100 000 habitants, chez les jeunes adultes âgés de 25 à 34 ans, l'incidence est de 94,15 pour 100 000 habitants et pour les sujets âgés de 65 ans et plus, l'incidence est de 113,85 pour 100 000 habitants.⁷⁹

1.2.3.2. Les maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (chroniques) sont caractérisées par un lourd impact tant sur le plan sanitaire que sur le plan économique. Les personnes souffrant d'au moins une maladie chronique représentent 10,5% de l'ensemble de la population : 8,4% sont de sexe masculin et 12,6% de sexe féminin.⁸⁰

En outre, la prévalence des maladies non transmissibles augmente sensiblement avec l'âge. En effet, cette prévalence est estimée à 51% chez les personnes de 60 ans et plus (42% pour les hommes et 60,4% pour les femmes) contre 8,65% chez la tranche d'âge située entre 35 et 59 ans en 2006.⁸¹

⁷⁸ Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière : L'Etat de santé des algériens et des algériennes, MSPRH, avril 2002, p. 44. In www.santé.dz

⁷⁹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : situation épidémiologique de la tuberculose en Algérie (2006), ANDS, Alger, septembre 2007, p. 6.

⁸⁰ Idem, p. 31

⁸¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : suivi de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, p. 32. In www.santé.dz

Tableau 23 : La prévalence des maladies chroniques selon l'âge et le type de maladie en 2006.

Type de maladie chronique	0-18/ ans	19-24	25-34	35-59	60 et plus	ensemble
Hypertension	0,06	0,13	0,54	7,82	31,15	4,38
Diabète	0,16	0,23	0,42	4,14	12,52	2,1
Maladie articulaire	0,22	0,26	0,46	2,91	10,59	1,7
Asthme	0,7	0,8	0,91	1,8	3,09	1,2
Maladies cardiovasculaires	0,24	0,26	0,31	1,65	6,98	1,11
Autres	1,27	1,58	1,9	4,08	5,72	2,43

Source : Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière : Suivre de la situation des enfants Et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007, p. 32. In www.sante.dz

Les maladies de l'appareil circulatoire, les infections respiratoires chroniques, le cancer, le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies rénales sont les maladies chroniques les plus fréquentes qui menacent la santé des individus. En fait, en 2006, l'hypertension artérielle est la maladie qui a touché le plus de personnes soit 41,8% de la population affectée pour une prévalence de 4,38%. Le diabète qui connaît une distribution de 20,1%, occupe la deuxième place, suivi des maladies cardiovasculaires, l'asthme et les maladies articulaires qui touchent respectivement 16,5%, 11,5% et 10,6% de l'ensemble de la population souffrant d'une maladie chronique (cf. tableau 23).

Les coûts de prise en charge des maladies lourdes sont extrêmement élevés comparés à ceux des maladies transmissibles. Cette charge épidémiologique impliquera forcément une charge financière que devrait supporter le système de l'assurance maladie étant donné ses rapports étroits avec le système de santé.

1.2.3.3. L'environnement

Le développement économique et social est exposé à des dégradations de son milieu naturel et la mise en danger de la santé de sa population. L'Algérie subit les effets d'une urbanisation accélérée. En fait, la majorité de la population algérienne vit en milieu urbain : le recensement de 1998 a révélé un taux d'urbanisation de 58,3% contre 59,5% en 2006. Cette situation a entraîné des déséquilibres dans la répartition spatiale de la population algérienne :⁸²

⁸² Kaïd Tlilane N. : Ville-santé : une gestion urbaine pour une protection de l'environnement et de la santé, cas de l'Algérie, université ferhat Abbas, Sétif, juin 2001, p. 143

- 37,81% de la population se concentre sur 1,9% du territoire national de la bande côtière, soit une densité de la population de 245 habitants au Km² ;
- 52,57% de la population est réparti sur 10,7% du territoire nord intérieur « le tell et la steppe » soit une densité de 88 habitants au Km² ;
- 9,62% est réparti sur 87,4% du territoire sud avec 1,35 habitant au Km².

La saturation du parc logement, l'envahissement des terres agricoles fertiles par le béton et surtout l'implantation d'unités polluantes dans les villes entraînant ainsi une vétusté des réseaux d'alimentation en eau potable, sont les principales conséquences de cette forte urbanisation en Algérie. Ce climat a été favorable à l'apparition de maladie transmission hydrique. En effet, entre 1985 et 1998, nous enregistrons en moyenne annuelle une dizaine de milliers de cas, soit entre 27 et 67 cas pour mille habitants recensés.⁸³ Toutefois, la typhoïde a connu une stabilité depuis 1998 et aucun cas de choléra n'a été enregistré depuis 1996, par contre, les maladies diarrhéiques continuent à être une des causes de mortalité chez les enfants âgés de 6 à 11 mois, soit 17,3% d'entre eux en 2006.⁸⁴

2. Analyse des recettes d'assurance maladie en Algérie

En Algérie, le système de sécurité sociale s'appuie sur une structure de financement, par les cotisations sociales et selon un mode de financement par répartition, qui implique essentiellement les travailleurs et les employeurs.

2.1. L'évolution des recettes d'assurance maladie en Algérie

Les recettes de l'assurance maladie sont intégrées dans les recettes totales d'assurance sociale. En effet, un taux de cotisation a été fixé par voie réglementaire à la branche « assurance sociale » qui comporte : la maladie, la maternité, le décès et l'invalidité. Ce taux servira de base de calcul des cotisations sociales pour la branche assurance sociale. Il est, toutefois, nécessaire de signaler que la part des dépenses d'assurance maladie dans les dépenses totales d'assurance sociale a atteint 90% en 2007. Par conséquent, la plus grande partie des recettes d'assurance sociale sera consacrée à la branche maladie.

⁸³ Kaid Tlilane N. : Ville-santé : une gestion urbaine pour une protection de l'environnement et de la santé, cas de l'Algérie, université ferhat Abbas, Sétif, juin 2001, p. 154

⁸⁴ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : suivi de la situation des enfants et des femmes, ANDS, Alger, juillet 2007, p. 32. In www.santé.dz

Tableau 24 : Evolution des recettes d'assurances sociales en Algérie

En millions de DA

Année	Recettes d'assurances sociales en dinars courants	Taux d'évolution en%	Recettes totales de la CNAS en dinars courants	Part des recettes des assurances sociales dans le total des recettes de la CNAS(en%)	Recettes d'assurances sociales en dinars constant
1990	12 990	-	20 245	64,16	10 806,99
1991	17 850	37,41	22 007	81,11	11 836,87
1992	24 260	35,91	30 613	79,25	12 283,54
1993	29 790	22,79	36 852	80,84	12 402,16
1994	31 760	6,61	38 496	82,5	10 041,10
1995	39 052	22,96	43 380	90,02	96 13,98
1996	46 572	19,26	51 280	90,82	95 27,82
1997	50 047	7,46	55 310	90,48	96 54,13
1998	57 436	14,76	67 900	84,59	104 29,63
1999	58 773	3,33	72 793	80,74	104 54,11
2000	68 116	15,89	83 506	81,57	12 1 91,87
2001	70 952	4,16	88 173	80,47	12 271,19
2002	80 975	14,13	104 770	77 ,29	13 694,63
2003	91 955	13,56	115 330	79,73	15 030,24
2004	105 107	14,3	137 144	76 ,646	16 428,10
2005	116 243	10,59	169 702	68,49	17 825,95
2006	129 020	10,99	162 429	79,43	19 433,65

Source : Données collectées auprès de la direction générale de la CNAS, Alger.

A partir des données du tableau 24, nous constatons que la participation des recettes d'assurance sociale dans les recettes totale de la CNAS représente une part considérable atteignant 79,43% en 2006 contre 64,16% en 1990. De plus, les recettes d'assurance sociale ont connu une nette augmentation en dinars courants, allant de 22,99 milliard de DA à 129,02 milliard de DA entre 1990 et 2006, elles ont été ainsi multipliées par 9,93 durant cette période. En dinars constants, les recettes d'assurance sociale ont connu une augmentation moins importante, elles ont atteint 19,43 milliard de DA en 2006, soit une multiplication par 1,79 entre 1990 et 2006. Cette augmentation soutenue des recettes d'assurance sociale s'explique par l'amélioration des indicateurs macroéconomiques qui caractérise l'Algérie à savoir :⁸⁵

- La réduction du chômage (28,02% en 1998 à 13,79 en 2007).
- La croissance économique globale continue durant la période et se situe à 3,1% en 2007.
- L'allègement de la dette intérieure (en 2007, l'encours de la dette publique intérieure a reculé de 44% par rapport à son encours en 2006, passant

⁸⁵ Ministère des finances : Le comportement des principaux indicateurs macroéconomique et financier, Ministère des finances, Alger, avril 2008. In www.mf.gov.dz

respectivement de 1 780,7 milliard de DA à 1044 milliard de DA entre ces deux années).

- Le niveau confortable de réserve de change (77,78 milliard US \$ en 2006 et 110,18 milliard US \$ en 2007).

2.2. Les facteurs déterminants des recettes d'assurance maladie en Algérie

Les recettes de l'assurance maladie émanent principalement des cotisations sociales des assurés. Ainsi, une analyse des déterminants des recettes d'assurance maladie permet d'expliquer avec précision les raisons de leur accroissement.

2.2.1. L'augmentation de la base cotisante en Algérie

Les assurés sociaux actifs, qui bénéficient des prestations d'assurance maladie moyennant le paiement de la cotisation, constituent la base cotisante du système d'assurance sociale.

Tableau 25 : Evolution du nombre d'assurés actif en Algérie (1999-2006)

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre actif assurés	2963262	3158230	3204612	3425144	3642348	3854711	4070589	4249390
Nouveaux cotisants actifs	-	194968	46382	220532	217204	212363	215885	178749
Taux d'évolution (%)	-	6,58	1,47	6,88	6,34	5,83	5,6	4,39
Population occupée	6174000	6316000	6229097	6429487	6685655	7793766	8178669	8596274
Taux d'évolution en%	-	2,29	-1,37	3,22	3,98	16,57	4,94	5,11
Nombre actifs assurés/population occupée (en%)	47,99	50,00	51,44	53,27	54,48	49,46	49,77	49,43

Source : Données collectées auprès du ministère du travail, de l'emploi et de la Sécurité Sociale

Entre 1999 et 2006, Le nombre d'actifs cotisants a enregistré un taux d'évolution de 43,40%, passant de 2 963 262 en 1999 à 4 249 390 en 2006. Cependant, le nombre d'assurés actifs par rapport à la population active occupée a connu une légère augmentation allant de 47,99% en 1999 à 49,43 en 2006 (cf. tableau 25).

2.2.2. La masse salariale en Algérie

La masse salariale est considérée comme le facteur le plus déterminant des recettes d'assurance sociale. Durant la période allant de 1990 à 2006, la masse salariale a connu une augmentation importante, passant de 180 millions de DA à 1 493,80 millions de DA soit un taux d'évolution de 729,88 % durant cette période. La masse salariale est principalement représentée par les secteurs économique et agricole (secteur hors administration). En effet, la rémunération des salaires dans le secteur hors administration a été multipliée par 7,62 entre 1990 et 2006, représentant 54,14% de la masse salariale totale en 2006. Par contre la la masse Salariale dans le secteur administratif est moins importante (soit 45,86 %), mais sa progression a été multipliée par 9,27 entre 1990 et 2006 (cf. tableau 26)

Tableau 26 : Evolution de la masse salariale en Algérie

Année	Masse salariale en dinars courant	Taux d'évolution en %	Part du secteur administration		Part du secteur hors administration		Masse salariale en dinars constants
			En dinars courant	En%	En dinars Courants	En%	
1990	180	-	73,9	41,05	106,1	58,94	149,75
1991	255,5	41,94	103,3	40,43	152,2	59,57	169,43
1992	341,3	33,58	149,4	43,77	191,9	56,23	172,81
1993	412,5	20,86	178,1	43,17	234,4	56,82	171,73
1994	469,9	13,91	206,2	43,88	263,7	52,12	148,56
1995	568,5	20,98	254,8	44,82	313,7	55,18	139,95
1996	666,5	17,24	303,7	45,57	362,8	54,43	136,35
1997	720,7	8,13	334,5	46,41	386,2	53,59	139,02
1998	781,1	8,38	365,8	46,83	415,4	53,18	141,84
1999	820,7	5,07	388,2	47,30	432,5	52,69	145,98
2000	866,1	5,53	410,4	47,38	455,7	52,61	155,02
2001	956,9	10,48	464,3	48,52	492,7	51,49	165,49
2002	1 048,72	9,59	489,11	46,64	559,61	53,36	177,36
2003	1 137,13	8,48	543,11	47,76	594,02	52,24	185,87
2004	1 272,62	11,91	598,21	47,01	694,41	52,99	198,91
2005	1 356,52	6,59	633,41	46,69	723,11	53,31	208,02
2006	1 493,80	10,12	685,1	45,86	808,7	54,31	225

Source : Données collectée auprès de l'Office National des Statistique. In www.ons.dz

L'augmentation importante de la masse salariale dans le secteur administratif par rapport au secteur hors administratif 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 efforcé de réduire les écarts de salaire entre le secteur économique et l'administration et de réhabiliter le savoir dans les critères de hiérarchisation des salaires dans le secteur public. Dans ce contexte, une enveloppe financière de 98

milliards de DA a été allouée à l'augmentation des salaires dans la fonction publique pour l'amélioration du pouvoir d'achat des travailleurs dans les entreprises et l'administration publique.⁸⁶

2.2.3. L'assiette de cotisation en Algérie

L'assiette de cotisation est constituée de l'ensemble des éléments du salaire ou du revenu proportionnel aux résultats du travail, à l'exclusion des prestations à caractère familial, des indemnités représentant des frais, des primes et des indemnités à caractère exceptionnel et des indemnités liées à des particularités de résidence et d'isolement⁸⁷. Ainsi, à chaque fois qu'il y ait une augmentation du Salaire National Minimum Garanti (SNMG), nous observons une augmentation de l'assiette de cotisation, et ce, du fait que cette dernière constituée par le salaire.

Tableau 27: Evolution du salaire national minimum garanti SNMG en Algérie

En DA	
Années	SNMG
01.01.90	1 000
01.01.91	1 800
01.07.91	2 000
01.04.92	2 500
01.01.94	4 000
01.05.97	4 800
01.01.98	5 400
01.09.98	6 000
01.01.01	8 000
01.01.04	10 000
01.01.07	12 000
01.01.08	12 000
01.01.09	12 000
01.01.11	15000
01.01.12	18000

Source : www.oms.dz

Le SNMG est passé de 1000 DA en 1990 à 15000 DA en 2011, soit une multiplication par 15 entre 1990 et 2011. Cette augmentation est le fruit des revendications des salariés dans le but d'augmenter le pouvoir d'achat de la population algérienne. En fait, la rémunération des salariés a progressé de 49.5% entre 2002 et 2006 et l'excédent net d'exploitation des entreprises a évolué encore plus rapidement avec une hausse de 98.5% durant la même période. Par contre les revenus salariaux réels ont globalement progressé de 35.4% et

⁸⁶ CNES : Note de conjoncture, CNES, Alger, juillet 2006, p. 40. In www.cnes.dz

⁸⁷ Ordonnance n°95-01 du 21 juin 1995 portant définition de l'assiette de cotisation du régime des salariés.

l'excédent net réel des exploitations a progressé à un rythme plus rapide, de l'ordre de 84%.⁸⁸ Cette situation est imputable à la hausse des prix à la consommation, estimée à 14.1% durant cette période de cinq ans.⁸⁹

2.2.4. Le taux de cotisation en Algérie

Le taux de cotisation, fixé à 35.5% en 2007, est réparti comme suit : 26.5% représente la part patronale et 9% représente la part salariale. Le taux de cotisation affecté aux assurances sociales, dont fait partie l'assurance maladie, est de 14 %, dont 1,5 % à la charge du travailleur et 12,5 % à la charge de l'employeur. En effet, le taux de cotisation du régime général est ventilé entre les assurances sociales, les accidents de travail et maladies professionnelles, la retraite, la retraite anticipée, le chômage et les fonds de logement sociaux.

Tableau 28 : Comparaison du taux de cotisation dans certains pays en 2007

Pays	Mode de financement		Répartition des parts de cotisation		Taux de cotisation global %
	Impôt %	Cotisation sociale %	Part patronal %	Part salariale %	
Italie	33	67	45,16	10,69	55,85
France	23	76	35,05	15,66	49,71
Belgique	30	70	24,6	13,07	37,67
Portugal	43	43	23,75	11	34,75
Algérie	0	100	26,5	9	35
Turquie	.	.	19,5	14	33,5
Tunisie	.	.	17,5	6,25	23,5
Maroc	.	.	16,36	3,48	19,84

Source : Données collectées auprès du site officiel de l'OMS. In www.who.int

En faisant une comparaison du taux de cotisation algérien par rapport à celui des autres pays, nous constatons que le taux de cotisation actuel en Algérie est élevé. En effet, ce taux de cotisation est beaucoup plus proche de celui des pays à revenu intermédiaire tel que le Maroc et la Tunisie où le taux de cotisation est relativement faible (19.84 et 23.5

⁸⁸ Banque d'Algérie : Evolution économique et financière en Algérie, banque d'Algérie, rapport 2006, Alger, juin 2007, p.54. in www.bankofalgeria.dz

⁸⁹ Idem

respectivement). Ce taux constitue un coût trop élevé pour l'Algérie et alourdit considérablement les charges sociales des entreprises et des administrations (cf. tableau 28).

2.3. Les sources de financement des recettes d'assurance maladie en Algérie

En raison des caractéristiques transitoires de la sphère économique et sociale que vit l'Algérie, les sources de financement des caisses d'assurance maladie ont connu plusieurs modifications. Ainsi, Les changements opérés sur ces sources, que sont les administrations, le secteur public et le secteur privé, concernent l'économie nationale dans ses dimensions institutionnelles et sectorielles.

2.3.1. Le secteur public

Depuis l'indépendance, le secteur public algérien a connu un développement continu. En fait, à partir de 1962, ce secteur qui a observé les premières nationalisations dans l'industrie (hors hydrocarbures) et l'occupation des unités industrielles restées vacantes, s'est consolidé par la création de sociétés nationales de production industrielle. En outre, les nationalisations des intérêts pétroliers étrangers en 1971, parachèvent le processus de constitution d'un service public fort et exclusif. Cependant, l'entreprise privée est marginalisée et cantonnée à certains secteurs (essentiellement, le textile et les industries alimentaires).⁹⁰

Tableau 29 : Evolution des sources de financement des caisses d'assurance maladie en Algérie

années	Nombre D'assurés dans le secteur public	Taux d'évolution en %	Part du secteur public en %	Nombre d'assurés dans le secteur privé	Taux d'évolution en %	Part du secteur privé	Nombre d'assurés dans le secteur administratif	Taux d'évolution en %	Part des administrations
2000	1031890	.	28,3983	450 873	.	12,4	2 150 873	.	59,1934
2001	1033958	0,2	27,8528	505 499	12,116	13,6	2 172 827	1,0207	58,5307
2002	1 034 620	0,064	29,8816	558 835	10,551	16,1	1 868 949	-13,99	53,9784
2003	1 036 377	0,17	30,3896	617 141	10,433	18,1	1 756787	-6,001	51,5141
2004	1 088 286	5,009	31,1786	652560	5,7392	18,7	1749644	-0,407	50,126
2005	1 095 550	0,667	30,7786	705774	8,1547	19,8	1758132	0,4851	49,3933
2006	1 081 184	-1,31	29,7532	854856	21,123	23,5	1697802	-3,431	46,722

Source : Données collectées auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

En tant que source de financement du système d'assurance maladie, le secteur public influe significativement sur le montant de ces ressources. En effet, jusqu'au début des années

⁹⁰ Bouacha N. : Le phénomène de privatisation en Algérie, magistère des affaires internationales, Université François Rabelais de Tours, 2004-2005, p. 36

quatre vingt dix, le secteur économique public était le principal bailleur de fond du système du fait que les cotisations en provenance des entreprises publiques représentaient plus de 50% du total des recettes⁹¹. Mais, ce secteur enregistre un recul dans le financement de l'assurance maladie et participe seulement à hauteur de 29.75% en 2006. De plus, Le nombre d'assurés sociaux en provenance du secteur public est passé de 1 031 890 assurés en 2000 à 1 081 184 assurés en 2006 soit une progression légère de 4.77% (cf. tableau 29). Cette relative faible augmentation du nombre d'assurés sociaux du secteur public et le recul de sa participation s'explique par la mise en place d'un nouveau dispositif institutionnel, stratégique et opérationnel en 1995 qui implique de soumettre les entreprises publiques sans restriction aux dispositions du code de commerce⁹². Ces entreprises ont connu des difficultés financières durant la période 90 notamment avec la chute du dinar et la hausse des taux d'intérêt. Les pouvoirs publics ont donc mis en place en 1996 le dispositif banques/entreprises, conçu comme l'ultime étape de la préparation des entreprises publiques à la privatisation.⁹³ Il s'agit notamment de permettre aux banques d'intervenir plus activement dans l'accompagnement des entreprises publiques et d'alléger les obstacles majeurs qui freinaient l'activité des entreprises : réduction des sureffectifs, cessions d'actifs, filialisation des activités, recentrage de l'entreprise sur ses matières de base.

Ces réorganisations ont permis de transformer les entreprises publiques à caractère économique en sociétés par actions (EPE/SPA) et de supprimer la tutelle de l'Etat. De plus, demeurant fortement endettées et déstructurées, la plupart de ces entreprises publiques sont éligibles à la privatisation. Une ordonnance sur les privatisations a été promulguée en août 2001, clarifiant et élargissant la privatisation à l'ensemble des segments concurrentiels.⁹⁴ Cette loi trace des perspectives claires d'un désengagement net de l'Etat de la sphère économique.

2.3.2. Le secteur privé

Le secteur privé a enregistré un taux d'évolution important des salariés assurés, estimé à 89.60% entre 2000 et 2006 soit un nombre d'assurés qui est passé de 450 873 à 854 856 entre ces deux années. Cette situation s'explique par l'attention accordée à ce secteur par les pouvoirs public avec les nouveaux codes d'investissements promulgués. Ce secteur s'est vu

⁹¹ CNES : Evolution des systèmes de protection sociale, perspective, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier, CNES, Annexe 1, Alger, Juillet 2001, p. 51

⁹² Bouacha N., op. cit., p.37

⁹³ Bouacha N., op. cit. p. 37

⁹⁴ Bouacha N. op. cit. p. 38

octroyé des avantages appréciables, à savoir : les exonérations fiscales, la réduction des tarifs douaniers et la bonification des taux de crédit. De plus, la loi sur la monnaie et le crédit (1990) a mis le secteur privé sur le même pied d'égalité que le secteur public en matière de crédits bancaires. Ce qui a encouragé le développement du privé notamment dans le domaine du commerce (cf. tableau 29).

Néanmoins, la part des assurés du secteur privé par rapport au total des assurés sociaux de la CNAS arrive en troisième position, loin derrière le secteur public et l'administration avec un taux de 23.5%. Cette situation s'explique par le fait que les employeurs privés ont recours à des pratiques de non déclaration de leurs employés pour échapper au paiement des charges sociales, notamment le secteur agricole qui ne déclare plus ses salariés. Ainsi, les employeurs ont commis 47 715 infractions en 2007 contre 7 288 en 1999, ces infractions ont été multipliées par 6.55 durant cette période. En ce qui concerne la nature des infractions relevées, nous remarquons qu'en 2007, 13.94% des infractions sont dues à la non-déclaration de l'activité, 52.50% correspondent à la non-déclaration des salariés et 19.92% sont représentées par la sous-déclaration des salariés.⁹⁵

2.4. Le manque des ressources d'assurance maladie en Algérie

L'insuffisance des cotisations sociales au profit des caisses d'assurance maladie peut être expliquée par les différents facteurs suivants : La démonopolisation du commerce extérieur, le ralentissement des investissements publics, la compression d'effectifs, le chômage et la baisse du pouvoir d'achat.

2.4.1. L'impact du marché du travail sur le niveau de cotisation

Les ressources d'assurance maladie sont affectées par l'évolution du marché de l'emploi qui a connu de profondes modifications. Des facteurs conjuguant des éléments de conjonctures externes et d'autres liés à la politique interne (processus de réforme économique) vont affecter négativement l'évolution de l'emploi entraînant ainsi : l'augmentation de l'emploi précaire au détriment de l'emploi permanent et la croissance de l'emploi informel.

⁹⁵ Données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS, Alger

2.4.1.1. L'emploi permanent en Algérie

L'Algérie a enregistré une baisse des investissements publics qui s'est traduit par une chute sensible du nombre d'emplois créés, suite à l'entrée du libéralisme économique. Ainsi l'emploi salarié garanti et à durée indéterminée se raréfie pendant que se développe l'emploi temporaire et peu qualifié.

Tableau 30 : Evolution des salariés permanents et non permanents en Algérie

Années	1997	2003	2004	2005	2006
Salariés permanents	2 693 000	2 829 197	2 902 365	3 076 181	2 900 503
Salariés non permanents, apprentis et autres	1 072 000	1 515 442	1 784 641	2 202 843	2 429 620
Salariés permanents/population occupée en %	47,18	42,33	37,22	38,24	32,7
Salariés non permanents/population occupée en %	18,78	22,67	22,88	27,38	27,39

Source : Données collectées auprès de l'Office National des Statistiques. In www.ons.dz

Le nombre de salariés permanents a augmenté de 2 693 000 en 1997 à 2 900 503 en 2006, soit un taux d'évolution de 7.70% durant cette période. L'effectif des salariés non permanents a connu une augmentation beaucoup plus importante et ce, en enregistrant un taux d'évolution de 126,6% durant la même période. En outre, la part des salariés permanents dans le total de la population occupée a régressé passant de 47.18% à 32.7% entre 1997 et 2006, alors que la part des salariés non permanents dans le total de la population occupée a augmenté de 18.78% à 27.39% durant cette même période (cf. tableau 30). En fait, l'émergence des emplois alternatifs, à faible valeur ajoutée, institués dans le cadre du dispositif d'aide à l'emploi de jeunes au détriment des emplois permanents, n'a fait qu'accentuer cette tendance. Aussi, la qualité des nouveaux emplois se détériore puisque la proportion des emplois salariés précaires (contrats à durée déterminée) devient dominante. En 2006, cette proportion a été estimée à 66.3% de l'emploi salariés total contre 42.2% en 1996⁹⁶.

2.4.1.2. L'emploi informel en Algérie

L'emploi informel a explosé en Algérie suite à la crise économique qu'a connue le pays depuis la fin des années 80. En effet, la libération du commerce national, l'incapacité de

⁹⁶ Banque d'Algérie : Evolution économique et financière en Algérie, banque d'Algérie, rapport 2006, Alger, Juin 2007, p. 52. In www.banofalgeria.dz

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

la production nationale de répondre aux exigences et aux besoins des consommateurs algériens notamment en matière de qualité, la taxation douanière prohibitive et l'aggravation du chômage, ont donné lieu à l'émergence de l'emploi informel qui apparaît comme un recours conjoncturel pour ne pas se retrouver sans emploi. En fait, l'emploi informel constitue un ensemble de petites unités de production et de distribution de biens et services appartenant essentiellement à des travailleurs indépendants employant une main d'œuvre familiale, quelques salariés ou apprentis. Ces unités sont rarement déclarées au centre national de registre de commerce, encore moins à la sécurité sociale.

Le travail informel prend une place de plus en plus importante dans le marché du travail en Algérie et cause des pertes considérables à la sécurité sociale. En effet, la population occupée non déclarée est passée de 1.8 millions en 1996 à 4.5 millions 2006, soit un taux d'évolution de 150 % en l'espace de 10 ans. Cette tendance s'explique notamment par l'ambiguïté de la loi et sa faible application en la contournant par divers procédés afin d'assurer des gains individuels et d'adopter des comportements illégaux (fausses déclarations). D'autre part, le calcul des pertes occasionnées par la non-déclaration de la population occupée indique qu'elles sont passées de 12,096 milliards de DA en 1996 à 75,6 milliards de DA en 2006, soit un taux d'évolution de cette perte qui est estimé à 525 % ; ce qui influence très négativement les recettes de la sécurité sociale (cf. tableau 31).

Tableau 31 : Evolution des pertes de cotisation dues à la non déclaration en Algérie

Années	1996	2003	2005	2006
Population active occupée non déclarée (en millions)	1,8	2	3,97	4,5
Taux de cotisation	14%	14%	14%	14%
SNMG	4000	8000	10 000	10 000
Assiette de cotisation	7 200	16 000	39 700	45 000
Assiette de cotisation annuelle	86 400	192 000	476 400	540 000
Perte en cotisation	12 096	26 880	66 696	75 600

Source : Données collectée auprès de l'Office National des Statistiques. In www.ons.dz

La branche assurance sociale a perdu 75.6 milliard de DA en 2006 soit plus de la moitié des recettes perçues en 2006 à cause de l'emploi informel. En fait, les recettes totales de la branche assurances sociales sont de 147.486 en 2006. (cf. tableau 31).

2.4.2. Extension de la solidarité entre actifs et inactifs en Algérie

L'élargissement de la couverture de la sécurité sociale à la quasi-totalité de la population engendre des répercussions sur le financement de l'assurance sociale. En effet, l'augmentation rapide des assurés inactifs n'est pas assortie d'une augmentation réciproque des assurés actifs cotisants, constituant ainsi une pression sur l'équilibre financier du système.

Tableau 32 : Evolution de la population d'assurés actifs et inactifs en Algérie (1999-2006)

Années	Assurés actifs	Assurés inactif	Total assurés	Assurés actifs/total assurés (%)	Assurés inactifs/ total assurés
1999	2 963 262	2 198 435	5 161 697	57,4	42,59
2000	3 158 230	2 426 569	5 584 799	56,55	43,44
2001	3 204 612	2 917 623	6 122 235	52,34	47,65
2002	3 425 144	3 211 206	6 636 350	51,61	48,38
2003	3 642 348	3 503 009	7 145 357	50,97	49,02
2004	3 854 711	3 868 131	7 722 842	49,91	50,08
2005	4 070 596	4 173 542	8 244 138	49,37	50,62
2006	4 249 390	4 324 378	8 573 768	49,56	50,43

Source : La Direction Générale de la CNAS, Alger.

Le nombre d'assurés actifs a connu une augmentation de 43.40% entre 1999 et 2006, passant de 2 963 262 à 4 249 390 assurés durant la même période. Leur part dans la population totale assurée a reculé, passant de 57.40% à 49.56% durant 8 ans. D'autre part, l'effectif des assurés inactifs, a connu une augmentation de 96.70% entre 1999 et 2006, passant de 2 198 435 à 4 324 378 assurés durant la même période. Leur part dans le total des assurés sociaux est passée de 42.59% à 50.43% entre 1999 et 2006 (cf. tableau 32).

Ainsi, les cotisations des assurés actifs servent en grande partie à financer les prestations des assurés non-cotisants (inactifs) et l'équilibre financier de l'assurance maladie peut être ébranlé par l'écart entre l'évolution des assurés sociaux actifs et inactifs.

III. LES MESURES PRISES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES ET LE MAINTIEN DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE

Des mesures de rationalisation des dépenses, dans le domaine de l'assurance maladie, ont été entreprises afin de mieux suivre l'affectation des ressources et d'amener les gestionnaires à une utilisation optimale de ces ressources financières.

1. Le recouvrement forcé

Le recouvrement forcé représente les différentes procédures judiciaires mises à disposition de la sécurité sociale pour que le système de recouvrement soit efficient et ce, conformément à la loi n° 99-10 du 11 novembre 1999. Par conséquent, les services de la CNAS ont engagés ce qui suit⁹⁷:

- Sur les 13306 oppositions pour un montant engagé de 35,914 milliards de DA, une dépense de 2,458 milliards de dinars a été recouverte, soit un taux de recouvrement de 6,84 %.
- Sur les 4792 contraintes pour un montant engagé de 9,389 milliards de DA, seuls 640,14 millions de DA ont été recouverts, soit un taux de recouvrement de 6,81%.
- Sur les 1875 plaintes pour un montant engagé de 2,038 milliards de DA, 295,58 millions de DA seulement ont été recouverts, soit un taux de recouvrement de 14,5%.

Malgré les efforts fournis par l'Algérie en matière de recouvrement forcé, ces derniers se sont révélés peu efficaces en raison des facteurs suivants :

- Le personnel des services chargé du contentieux de la CNAS représente des carences et un manque de qualification et ne possède pas les connaissances requises pour mener à bien les intérêts de la caisse d'assurance maladie.
- Le manque de coopération de la part des banques responsables sur le plan pénal et civil d'effectuer les oppositions sur compte. En effet, les banques ne se soucient pas de bloquer les comptes frappés par les mesures d'oppositions et n'en communiquent pas la situation à la CNAS pour lui permettre de chercher d'autres mesures. Donc, la relation banques-CNAS doit être renforcée pour effectuer efficacement la fonction de recouvrement forcé.
- La coordination entre les différents acteurs intervenant dans l'activité de recouvrement forcé représente des lacunes, notamment les magistrats et les walis, à cause des difficultés liées aux relations entre ces différents acteurs pour obtenir les titres exécutoires, ce qui provoque, ainsi, une lenteur dans le traitement des dossiers.
- En matière de frais et de formalités, les commissions de recours préalables au niveau de la CNAS sont caractérisées par l'absence des obligations lors du recours. En effet, la gratuité du

⁹⁷ CNAS : Bilan 2006, programme d'action 2007, CNAS, Alger 2006, p.13.

recours préalable, encourage les débiteurs à saisir ces commissions pour suspendre l'exécution du titre exécutoire jusqu'à solution du litige.

2. L'application du tarif de référence et la promotion du médicament générique

Le tarif de référence est instauré dans le remboursement des médicaments pour encourager et promouvoir le médicament générique qui constitue une des orientations majeures que les autorités tentent d'imprimer sur le marché national. Ainsi, l'Algérie à l'instar des autres pays s'est mise à encourager le médicament générique tout en veillant à la dispensation de soins de qualité. Dans ce contexte, les médicaments génériques représentent 35% du total des médicaments consommés en 2000 contre 38% en 2006. Cette augmentation tire essentiellement son origine des ruptures de stocks amenant le pharmacien à procéder à la substitution des princeps par les génériques⁹⁸.

En outre, l'effort de l'Algérie s'est focalisé en avril 2006 sur la mise en exécution de la première application du dispositif relatif au tarif de référence pour 116 Dénominations Communes Internationales (DCI) qui correspondent à environ 1000 marques, puis 303 DCI en 2008 soit environ 2100 marques et enfin 403 DCI en 2009 soit environ 2500 marques. Le système des marges commerciales en vigueur et le remboursement inapproprié sans justifier le type de médicament à prescrire constituent des facteurs qui, dans leur conception actuelle, sont orientés vers l'encouragement de la consommation des princeps plutôt que des génériques. Cependant, après l'application du tarif de référence, on a enregistré en 2009, un ralentissement du taux d'évolution annuel de la dépense de médicaments à 3,3% par rapport à l'année 2008 soit une réduction de 15% (un gain de 10 milliards de DA) par rapport au taux d'évolution annuel moyen de 18% qui été avant l'application du tarif de référence.

La véritable concrétisation du médicament générique a été tardive même s'il faisait partie, depuis longtemps, des préoccupations des pouvoirs publics en Algérie. En effet, le premier décret portant définition du médicament générique (décret n° 92/284) a été institué le 06 juillet 1992. Ensuite, le ministre de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a mis en place une instruction à cet effet, en date du 07 septembre 2003 pour la généralisation du médicament générique. Cependant, son application dans la réalité a commencé après (2006).

⁹⁸ www.santé.dz

Il faut noter aussi que les mesures entreprises pour promouvoir le générique n'ont pas été appliquées d'une manière satisfaisante. En effet, l'Algérie avec un taux d'utilisation égal à 14,6 %, connaît une sous utilisation du médicament générique. Alors que pour les pays développés tels que le Canada, les USA et l'Allemagne, l'utilisation et la prescription du générique dépasse les 50 % malgré le fait que ces mêmes pays soient les plus grands producteurs de princeps⁹⁹. Nous pouvons résumer les raisons de cette sous utilisation dans ce qui suit :

- Le rejet, par la population, d'une assurance de qualité non approuvée.
- Les praticiens médicaux se désengagent de l'activité de promouvoir le médicament générique car ils estiment que ce n'est pas de leur ressort d'où le manque de coordination entre eux et les officines pharmaceutiques.
- Un manque d'incitation économique.

3. le contrôle des employeurs et la lutte contre l'évasion sociale

Les opérations de contrôle effectuées auprès des employeurs qui sont les principaux ordonnateurs des recettes d'assurance maladie servent de moyen de lutte contre l'évasion sociale. En effet, même si c'est le législateur qui fixe le taux de cotisation et définit les modalités selon lesquelles sont effectués leurs calculs (assiette, salaire, etc....), le soin est laissé aux employeurs d'appliquer cette législation lors du paiement des cotisations dont ils sont redevables.

Tableau 33 : Evolution du nombre de contrôles des employeurs en Algérie.

Années	Nombre d'adhérent contrôlés	Nombre d'infractions relevées	Montants redressés	Montants recouvrés
1999	19 113	7 288	419 432 695	156 988 616
2000	22 918	12 676	899 154 041	344 071 111
2001	17 306	-	567 849 359	183 386 353
2002	31 228	-	1 351 711 402	296 500 526
2003	42 437	-	1 592 636 588	470 316 028
2004	36 760	-	2 194 519 380	807 818 638
2005	-	53 604	8 852 134 143	2 778 108 694
2006	30 306	42 461	2 876 826 157	-
2007	36 508	47 715	3 133 836 703	1 312 395 192

Source : Données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS, Alger.

⁹⁹ CNES : Le médicament, CNES 19^{ème} Session Plénière, Alger, décembre 2003, p.83.

Il est, donc, primordial pour les organismes d'assurance maladie de contrôler les employeurs d'une manière efficiente afin de repérer les erreurs, les négligences et les omissions qui résultent soit de leur oubli ou de leur mauvaise volonté.

Le nombre d'infractions relevées, durant l'exercice 2007, ont connu une augmentation très importante (un accroissement de 554,71 sur la base 100 en 1999) soit 47 715 en 2007 alors qu'elles étaient de 7 288 en 1999. Cette augmentation résulte de la multiplication des contrôles dans la même période. Le tableau 33 montre que durant l'exercice 2007, 36 508 employeurs ont fait l'objet de contrôle contre 19 113 en 1999 soit un taux de croissance de 91,01 %. De plus, ces différents contrôles ont permis d'identifier 25 049 salaires non déclarés et 9 506 salaires sous déclarés en 2007¹⁰⁰. Ce qui a conduit la CNAS à procéder à des redressements dont le montant global s'élève à 3, 133 milliards de DA et un recouvrement de 1,312 milliards de DA soit 41, 87 % du montant total des redressements en 2007 contre 37,43 % en 1999.

Cependant, les montants recouverts, malgré leur importance, tendent à régresser ces dernières années, notamment entre 2005 et 2007, une période caractérisée par une baisse égales à 52,75 %, en raison des limites organisationnelles de la CNAS, d'insuffisance de compétences en matière de comptabilité et de gestion financière et de manque de professionnalisme et d'éthique de la part des contrôleurs. Ainsi, la CNAS doit être encouragée et appuyée pour affiner ses contrôles en commandant des études approfondies permettant de mieux cerner les catégories de travailleurs, leur ancienneté dans l'entreprise, les raisons essentielles qui poussent les employeurs au non-respect des obligations, etc...

4. La mise en place de la carte à puce CHIFA

L'application de la carte à puce CHIFA constitue une des préoccupations majeures et actuelles des caisses de la sécurité sociale et requiert un intérêt particulier des plus hautes autorités de l'Etat. Les principaux objectifs attendus du système de la carte à puce sont les suivants :

- Saut qualitatif dans la modernité,
- Utilisation des TIC par les professionnels de la santé,
- Meilleure connaissance et prise en charge du malade,
- Une plus grande maîtrise des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale,

¹⁰⁰ Données collectées auprès de la direction générale de la CNAS, Alger.

- La suppression des supports papiers et 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'économies 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.
- Le développement et l'automatisation des bases de données de la sécurité sociale.

5. Le contrôle médical

La législation algérienne dicte de manière très précise les missions du service du contrôle médical de l'assurance maladie. Dans ce contexte et dans le but de mener à bien la gestion du risque assuré par les caisses d'assurance maladie, la loi dote le service du contrôle médical d'une compétence générale d'appréciation des éléments d'ordre médicaux qui conditionnent l'admission au bénéfice des prestations d'assurance maladie d'une part, et du pouvoir des constats des abus en matière de soins et de tarification de l'autre. Le système de contrôle médical a pour missions :

- Le contrôle de l'état de santé du malade au regard d'une prestation,
- L'adaptation thérapeutique individuelle d'une prise en charge du malade,
- L'analyse et le contrôle des activités des professionnels de santé,
- Le conseil aux caisses.

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie de la sécurité sociale dépend du bon fonctionnement du contrôle médical. D'où l'importance de renforcer les services de contrôle médical à travers les actions entreprises dans ce domaine et qui se manifestent dans l'ouverture de 39 nouvelles structures et l'affectation de plusieurs médecins conseils. En effet, entre 1999 et 2005, l'effectif des médecins conseils est passé de 389 à 629 répartis sur 414 structures. Chaque structure contient au moins 1 médecin conseil. En outre, 105 nouveaux praticiens conseils ont été affectés en 2006 soit 15 % de plus par rapport à l'année qui précède¹⁰¹. La mise en place de comités de conseils médicaux traitant des dossiers relevant de la commission technique à caractère médical ainsi que la polyvalence technique des praticiens conseils a aidé à l'amélioration de l'organisation du contrôle médical.

¹⁰¹ CNAS : Bilan 2006, programme d'action 2007, CNAS, Alger 2006, p.10.

Le nombre de dossiers contrôlés est passé de 5,5 millions à 9,3 millions de dossiers entre 1995 à 2005 puis atteint 14,011 millions en 2006, soit une évolution de 36 % par rapport à 2005 et ce, grâce aux différentes mesures prises dans le cadre du contrôle médical.

Par ailleurs, en matière d'expertise médicale, 15 382 dossiers ont été soumis à expertise dont 9 775 sont fondés. En outre, les services de contrôle médical ont bénéficié d'un système informatique, dès le début de l'année 2004, qui leur a permis d'enregistrer 257 contrôles informatisés sur 414¹⁰².

6. Formation, information et prévention

Dans le but d'avantager la sécurité financière des caisses d'assurance maladie, l'Algérie a entamé des actions de formation et de perfectionnement dans ce sens. Ainsi, 786 travailleurs, toutes catégories confondues, ont bénéficié en 2006 de ce qui suit ¹⁰³:

- 18 cadres pour une formation en post-graduation spécialisée finances,
- 23 cadres pour une formation en post-graduation spécialisée droit social,
- 500 agents pour une formation de courte durée en prestation,
- 72 cadres pour une formation en médiation,
- 5 cadres pour la formation en management opérationnel,
- 27 cadres pour la formation en droit du travail,
- 50 agents pour la formation en finance-comptabilité,
- 96 agents pour la formation de contrôleurs.

Cependant, la psychologie médicale, l'économie de la santé et la pharmacie industrielle qui vise l'encouragement de la production nationale de médicaments sont des domaines qui revêtent un intérêt capital mais que l'Algérie a négligé dans ses efforts de formations. En effet, pour obtenir une production pharmaceutique adéquate suivie d'un contrôle et d'une assurance qualité demande des aptitudes spécialisées, des techniques développées et un personnel ayant une formation appropriée et de qualité notamment dans le domaine de la chimie de synthèse et les fermentations d'antibiotiques.

De plus, les efforts que l'Algérie a fourni à travers la mise en œuvre des campagnes d'information et de communication et en organisant des séminaires internationaux d'information se sont avérés insuffisants. Ces efforts doivent être orientés vers un large public

¹⁰² Idem.

¹⁰³ CNAS : Bilan 2006, programme d'action 2007, CNAS, Alger 2006, p.13.

notamment par le biais des médias, des associations de malades et des syndicats professionnels pour sensibiliser les assurés sur les risques encourus et de leur faire connaître les signes cliniques d'appel pour un recours précoce aux soins.

7. L'encouragement de la production nationale et la limitation des importations

Le médicament est le seul secteur d'activité qui a bénéficié d'un encadrement total des importations. Effectivement, le médicament est un produit de grande consommation mais il reste soumis à une autorisation administrative antérieure à l'importation. Cette spécificité a été formellement reconnue à travers l'ordonnance 03-04 du 19 juillet 2003 relative aux règles générales applicables aux opérations d'importation et d'exportation de marchandise. Celle-ci dispose, dans l'article 3, que les importations et les exportations de produits concernant la santé humaine peuvent être soumises à des mesures spéciales dont les conditions et les modalités de mise en œuvre sont fixées par voie réglementaire¹⁰⁴. Ces mesures ont fait l'objet d'une base juridique et ont touché les éléments visant au contrôle des opérations d'importation et celles qui concernent la protection de la production nationale. Ce qui fait qu'en matière de contrôle des importations, la législation algérienne a mis en place un cahier à charge pour fixer les règles qui s'appliquent aux opérations d'importation de produits pharmaceutiques à usage humain.

Outre cela, la création d'une Agence Nationale du Médicament a été prévue par la législation algérienne. Elle aurait pour fonction la réalisation de la nomenclature des médicaments pouvant être importés, la délivrance des permis d'importer, la fixation des prix des médicaments ainsi que les marges de bénéfice des pharmacies, l'objectif étant d'empêcher les situations de monopole.

Les efforts fournis pour maîtriser les prix des médicaments à travers ces dispositions juridiques n'ont fait qu'aggraver les problèmes déjà existant. En effet, il en découle que les importateurs de médicaments sont au nombre de 78 en 2006, alors que seulement 25 d'entre eux sont producteurs autorisés soit 32,05 %¹⁰⁵. S'additionne à cela l'absence d'investissement des multinationales en Algérie qui fait que les médicaments restent importés et le maintien de haut prix dans le secteur pharmaceutique.

¹⁰⁴ CNES : Le médicament, CNES 19^{ème} Session Plénière, Alger, décembre 2003, p. 30.

¹⁰⁵ www.santé.dz.

CONCLUSION

L'assurance maladie obligatoire, en Algérie, trouve des difficultés majeures pour préserver l'équilibre financier de ses caisses à cause, d'une part, de l'insuffisance de ses cotisations en raison de la précarité de l'emploi, l'évasion fiscale et le développement de l'économie informelle, et d'autre part, de l'augmentation effrénée des dépenses de santé dues essentiellement aux transitions économique, démographique et épidémiologique. De plus, si l'aspect administratif et organisationnel a connu un renforcement visant une meilleure gestion des caisses, l'aspect législatif quant à lui, comprend quelques lacunes du fait qu'il ne répond plus aux exigences actuelles. Les caisses et leur tutelle, dans ce contexte, sont en face d'un défi majeur qui est celui de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et l'élargissement de la base cotisante, et ce, pour assurer une meilleure prise en charge sanitaire.

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GENERALE

Dans le domaine de la santé, l'assurance maladie constitue un instrument efficace pour mobiliser des ressources et réduire le poids financier de la couverture maladie. Elle est conçue de diverses manières avec des méthodes différentes pour l'organisation et la fourniture des soins de santé. De plus, elle est un moyen très efficace de payer des soins de santé et d'en assurer l'accès ; et ce grâce au mécanisme de partage du risque d'encourir des frais médicaux.

L'assurance maladie obligatoire est l'une des méthodes principales et efficaces de financement de la santé. Plusieurs pays à faible ou moyen revenu sont intéressés par l'extension de la couverture de leur assurance maladie existante à des groupes spécifiques (les populations défavorisées) pour couvrir éventuellement la totalité de la population.

En Algérie, en s'inscrivant dans la logique bismarckienne de l'assurance et en se basant sur le caractère obligatoire et solidaire, le système d'assurance maladie est conçu dans le but d'assurer la couverture d'assurance maladie à toute la population et d'offrir des prestations variées et de qualité avec une égalité d'accès pour tous sans discrimination sociale. Ainsi, les organismes de ce système que sont la CNAS et la CASNOS couvrent la quasi-totalité de la population algérienne et offrent des prestations en nature et en espèces.

Le choix d'une assurance maladie obligatoire semble la solution la plus adéquate en Algérie. En effet, d'après l'analyse de son système d'assurance maladie, la possibilité d'accès financier est nettement bonifiée par les cotisations payées au préalable. Il s'agit donc d'un choix judicieux pour un Etat comme l'Algérie qui prône l'équité sociale. L'analyse des principes d'assurance maladies débouche sur quelques éléments favorables qui nécessitent d'être renforcés davantage et met le doigt sur des lacunes qui doivent être prises en main en vue d'une amélioration en faveur des groupes défavorisés.

Les caisses d'assurance maladie convergent dans leur organisation, ce qui leur procure une grande efficacité et leur permet de toucher toutes les tranches de la population. Toutefois, l'administration de ces caisses bute sur un énorme problème qui est celui du système de traitement des données. En effet, ce système requiert des capacités humaines plus importantes et des moyens matériels très avancés pour pouvoir assurer un recouvrement

efficace des cotisations. Il est, donc, primordial pour les pouvoirs publics algériens d'équiper les organismes d'assurance maladie avec les outils technologiques informatisés les plus sophistiqués afin de pouvoir les adapter aux besoins et aux objectifs de cette assurance.

Notre étude met l'accent sur le fait que, du point de vue économique, les dépenses d'assurance maladie en Algérie sont très importantes. La situation épidémiologique est caractérisée par la prépondérance des maladies non transmissibles et concerne les tranches d'âges dépassant les soixante ans. Aussi, les conditions socioéconomiques dans lesquelles baigne l'Algérie influencent d'une manière directe l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

L'augmentation de la masse salariale due à l'élévation incessante du SNMG provoque une nette croissance dans les recettes d'assurance maladie, mais elle n'arrive pas à remédier à ses importantes dépenses. Cette situation peut être expliquée par la nature de la source de financement de l'assurance maladie. En effet, les assurés sociaux de la CNAS sont, dans leur majorité, du secteur public qui ne cesse de régresser durant ces deux dernières décennies. Le secteur privé, quant à lui, a enregistré une avancée considérable, mais son caractère informel ne permet pas à la CNAS d'en bénéficier. Encore pire, le travail informel du secteur privé a aggravé la situation de la CNAS qui perd des sommes d'argent colossales et ce, à cause du phénomène de la non déclaration.

Les revenus de la CNAS sont fragilisés, d'autre part, par l'augmentation du nombre d'assurés inactifs qui dépasse le nombre des actifs cotisants. En effet, les cotisations des assurés inactifs représentent une source de financement instable et incertaine comparées à celles basées sur des salaires. Aussi, les prestations de la CNAS touchent beaucoup plus les familles nombreuses parce que les assurés actifs prennent en charge quatre ayant droits chacun en moyenne.

Le remboursement des médicaments participe avec une grande part dans l'accroissement des dépenses d'assurance maladie. En fait, pour la CNAS, la part des médicaments dans la dépense d'assurance maladie s'approche de 83% en 2007 soit une dépense de 60.793 milliards de DA. Pour l'année 2009, la dépense des produits pharmaceutiques a atteint les 79,7 milliards de DA soit la moitié (50%) de la dépense totale de santé qui a atteint 160 milliards de DA pour la même année. L'analyse des différentes données sur l'assurance maladie en Algérie montre que les mécanismes fonctionnels de cette dernière poussent et incitent les patients à participer avec une part de plus en plus importante

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

dans les dépenses de santé. En effet, nous constatons une relation étroite entre les dépenses de santé et le niveau de vie de la population (augmentation du PIB/habitant et l'amélioration des revenus). Cependant, cette relation implique l'éviction de la tranche de population ayant un revenu modeste des prestations d'assurance maladie. Les efforts conjugués par l'Etat algérien en vue de régler cette situation et d'élargir ses prestations pour toucher cette tranche de population n'a pas donné son résultat. Deux raisons seraient à l'origine :

- La législation appliquée est obsolète et ne peut être d'usage car ne répond pas aux besoins de la situation actuelle. Surtout, les mécanismes de tarification des actes médicaux 1987 qui font que les foyers payent des montants de plus en plus importants.
- L'augmentation incessante du nombre de médicaments non remboursables.

Les réformes en cours, qui sont mises en place pour contrôler les dépenses d'assurance maladie, n'ont pas pu déboucher sur des résultats satisfaisants. En effet, la raideur administrative du système d'assurance maladie et la lenteur dans la mise en place des formations inhérentes, particulièrement dans le champ de l'économie de la santé, ont mis les assureurs dans la difficulté d'intervenir dans le perfectionnement de l'efficacité productive et financière de ce système. Donc, ils perdent leur rôle principal qui est celui de la gestion de la santé. D'où la nécessité, pour une meilleure efficacité, de consolider le domaine sur lequel se basent les incitations à l'efficacité de l'allocation des sources rattachées à la santé parce que restreint.

Pour renforcer les réformes qui sont déjà en cours, nous proposons quelques recommandations que nous jugeons nécessaires comme :

- 1- La contribution au maintien de l'équilibre financier des différents organismes de l'assurance maladie en :
 - Sensibilisant les travailleurs au niveau des entreprises sur les questions de la sécurité sociales ;
 - Luttant contre la sous déclaration des assurés et les multiples fraudes qui en découle, et ce en édifiant des partenariats forts avec les organisations professionnelles des employeurs ;
 - Consacrant une partie des bénéfices et des taxes sur la valeur ajoutée du médicament à l'assurance maladie ;

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

- Contribuant au financement des dépenses de certaines maladies liées à la consommation du tabac et de l'alcool, par une partie des taxes prélevées sur la commercialisation de ces derniers ;
 - Incitant les prescripteurs à une utilisation rationnelle des médicaments, en leur développant des actions de sensibilisation et de communication ;
- 2- La collaboration et le renforcement du partenariat entre les organismes de l'assurance maladie et l'inspection du travail, les services des impôts et la chambre nationale du commerce, et ce, pour améliorer la qualité du recouvrement, lutter contre l'évasion sociale et fiscale ainsi que le travail informel.

ANNEXES

Annexe 01 : Evolution globale de l'indice des prix à la consommation au niveau national de 1990 à 2008 (Base : 1989 = 100)

Années	IPC	Variation en %
1990	120,2	20,2
1991	150,8	25,5
1992	197,5	31,0
1993	240,2	21,6
1994	316,3	31,7
1995	406,2	28,4
1996	488,8	20,3
1997	518,4	6,1
1998	550,7	6,2
1999	562,2	2,1
2000	558,7	-0,6
2001	578,2	3,5
2002	591,29	2,2
2003	611,8	3,5
2004	639,8	4,6
2005	652,1	1,9
2006	663,9	1,8
2007	689,81	3,9
2008	720,3	4,4

Source : www.ons.dz

Annexe 02 : Evolution du budget de fonctionnement des établissements publics de santé en millions de DA courant.

Année	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Personnel	18 830 606	75,30	19 648 568	74,54	21 996 882	71,50	26 447 617	72,00	28 538 959	65,00	29 202 635	66,73	33 009 606	68,50
Formation	930 754	3,72	872 628	3,31	816 256	2,65	977 341	3,00	1 297 825	3,00	1 242 058	2,84	1 445 676	3,00
Alimentation	669 483	2,68	702 166	2,66	822 491	2,67	968 699	8,00	1 107 163	3,00	995 862	2,28	1 060 163	2,20
Médicament	2 506 272	10,02	2 578 651	9,78	3 661 080	11,90	4 260 843	12,00	6 558 991	15,00	6 938 861	15,85	6 891 057	14,30
Prévention	234 597	0,94	303 352	1,15	407 180	1,32	501 573	1,00	1 113 257	3,00	975 905	2,23	1 963 784	2,00
Matériel médical	365 785	1,46	384 267	1,46	522 199	1,70	561 461	2,00	978 559	2,00	979 165	2,24	1 156 541	2,40
Entretien d'infrastructures	256 566	1,03	292 996	1,11	435 728	1,42	651 360	2,00	994 053	2,00	816 817	1,87	819 217	1,70
Autres dépense	1 185 132	4,74	1 186 582	4,50	1 707 266	5,55	1 952 510	5,00	2 528 437	6,00	2 072 100	4,73	2 313 082	4,80
Œuvres sociales	/	/	370 000	1,40	370 000	1,20	370 786	1,00	470 109	1,00	521 207	1,19	530 081	1,10
Recherche médicale	26 805	0,11	22 590	0,09	24 410		37 092	0,10	29 120	0,00	20 000	0,05	14 457	0,03
Total	25 006 000	100,00	26 361 800	100,00	30 763 462	100,00	36 729 280	100,00	43 616 474	100,00	43 764 610	100,00	48 189 206	100,00
Année	1999		2000		2002		2003		2004		2006			
Désignation	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%		
Personnel	36 350 660	67,13	36 920 663	67,96	50 671 678	65,25	53 351 838	60,07	59 019 443	61,62	66 958 351	60,32		
Formation	1 508 574	2,79	1 398 697	2,57	1 647 348	2,12	2 426 848	2,72	2 383 592	2,49	2 590 710	2,33		
Alimentation	1 110 545	2,05	1 103 768	2,03	1 202 641	1,55	1 538 871	1,73	1 807 334	1,89	2 545 904	2,29		
Médicament	8 824 029	16,30	7 968 505	14,67	13 513 854	17,40	17 462 230	19,66	16 876 274	17,62	20 860 296	18,79		
Prévention	1 007 427	1,86	1 051 239	1,94	1 761 000	2,27	2 136 355	2,41	2 276 071	2,38	2 654 220	2,39		
Matériel médical	1 345 345	2,48	1 598 569	2,94	3 186 779	4,10	3 637 719	4,10	4 655 297	4,86	4 042 799	3,64		
Entretien d'infrastructures	884 634	1,63	1 032 632	1,90	1 491 000	1,92	2 109 488	2,38	2 547 195	2,66	3 219 986	2,90		
Autres dépense	2 494 320	4,61	2 565 191	4,72	3 393 000	4,37	5 254 120	5,92	5 137 065	5,36	6 399 790	5,77		
Œuvres sociales	605 167	1,12	661 125	1,22	769 750	0,99	861 195	0,97	1 037 000	1,08	1 689 500	1,52		
Recherche médicale	20 000	0,04	23 461	0,04	20 000	0,03	32 000	0,04	35 814	0,04	41 554	0,04		
Total	54 150 700	100,00	54 323 851	100,00	77 657 050	100,00	88 810 663	100,00	95 775 085	100,00	111 003 110	100,00		

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 1992 à 2006.

Annexe 03 : Evolution du budget de fonctionnement des établissements publics de santé en millions de DA constant.

Année	1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Personnel	95 345	75,30	81 801	74,54	69 544	71,50	65 110	72,00	58 386	65,00	56 332	66,73	59 941	68,50
Formation	4 713	3,72	3 633	3,31	2 581	2,65	2 406	3,00	2 655	3,00	2 396	2,84	2 625	3,00
Alimentation	3 390	2,68	2 923	2,66	2 600	2,67	2 385	8,00	2 265	3,00	1 921	2,28	1 925	2,20
Médicament	12 690	10,02	10 735	9,78	11 575	11,90	10 490	12,00	13 419	15,00	13 385	15,85	12 513	14,30
Prévention	1 188	0,94	1 263	1,15	1 287	1,32	1 235	1,00	2 278	3,00	1 883	2,23	3566	2,00
Matériel médical	1 852	1,46	1 600	1,46	1 651	1,70	1 382	2,00	2 002	2,00	1 889	2,24	2100	2,40
Entretien d'infrastructures	1 299	1,03	1 220	1,11	1 378	1,42	1 604	2,00	2 034	2,00	1 576	1,87	1488	1,70
Autres dépense	6 001	4,74	4 940	4,50	5 398	5,55	4 807	5,00	5 173	6,00	3 997	4,73	4200	4,80
Œuvres sociales	/	/	1 540	1,40	1 170	1,20	913	1,00	962	1,00	1 005	1,19	963	1,10
Recherche médicale	136	0,11	94	0,09	77		91	0,10	60	0,00	39	0,05	26	0,03
Total	126 613	100,00	109 749	100,00	97 260	100,00	90 422	100,00	89 232	100,00	84 422	100,00	87 505	100,00
Année	1999		2000		2002		2003		2004		2006			
Désignation	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%	Montant	%		
Personnel	64 658	67,13	66 083	67,96	87 637	65,25	90 230	60,07	96 469	61,62	100 856	60,32		
Formation	2 683	2,79	2 503	2,57	2 849	2,12	4 104	2,73	3 896	2,49	3 902	2,33		
Alimentation	1 975	2,05	1 976	2,03	2 080	1,55	2 603	1,73	2 954	1,89	3 835	2,29		
Médicament	15 696	16,30	14 263	14,67	23 372	17,40	29 532	19,66	27 585	17,62	31 421	18,79		
Prévention	1 792	1,86	1 882	1,94	3 046	2,27	3 613	2,41	3 720	2,38	3 998	2,39		
Matériel médical	2 393	2,48	2 861	2,94	5 512	4,10	6 152	4,10	7 609	4,86	6 089	3,64		
Entretien d'infrastructures	1 574	1,63	1 848	1,90	2 579	1,92	3 568	2,38	4 163	2,66	4 850	2,90		
Autres dépense	4 437	4,61	4 591	4,72	5 868	4,37	8 886	5,92	8 397	5,36	9 640	5,77		
Œuvres sociales	1 076	1,12	1 183	1,22	1 331	0,99	1 456	0,97	1 695	1,08	2 545	1,52		
Recherche médicale	36	0,04	42	0,04	35	0,03	54	0,04	59	0,04	63	0,04		
Total	96 319	100,00	97 233	100,00	134 308	100,00	150 198	100,00	156 546	100,00	167 199	100,00		

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des statistiques sanitaires du MSPRH, éd. 1992 à 2006.

LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS

TABLEAUX :

Tableau 01 : Evolution des infrastructures de la sécurité sociale (1967-1982)	71
Tableau 02 : Répartition de l'effectif de la CNAS au niveau national par catégories socioprofessionnelles arrêté au 31 mars 2008.	97
Tableau 03 : Evolution des frais de fonctionnement de la CNAS en Algérie.	98
Tableau 04 : Evolution du taux de mortalité infantile (TMI)	114
Tableau 05 : Evolution des dépenses nationales de santé en Algérie.....	123
Tableau 06 : Evolution du PIB réel de l'Algérie entre 1998 et 2009 en milliards de DA.	124
Tableau 07 : Dépenses de santé dans quelques pays en 2000 et 2005.	125
Tableau 08 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars courants).	126
Tableau 09 : Evolution des dotations budgétaires des établissements sanitaires selon le type d'établissement en Algérie (en dinars constants).	127
Tableau 10 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé	128
Tableau 11 : Evolution de la consommation budgétaire globale par nature de dépenses (en %).	130
Tableau 12 : Evolution du forfait hôpitaux en Algérie 1990-2007	133
Tableau 13 : Evolution des transferts pour soins à l'étranger en Algérie 1990-2007	134
Tableau 14 : Evolution des dépenses totales d'assurance maladie en Algérie.	136
Tableau 15 : Evolution des dépenses des actes médicaux remboursés par la CNAS en Algérie.....	138
Tableau 16 : Evolution des dépenses de médicaments remboursés par la CNAS Algérie....	139
Tableau 17 : Evolution des dépenses de tiers payant en Algérie	142
Tableau 18 : Evolution des dépenses des autres biens médicaux remboursés par la CNAS.	143
Tableau 19 : Evolution des dépenses d'indemnités journalières remboursé par la CNAS ...	144
Tableau 20 : Evolution des dépenses et recettes de la CNAS (en milliards de DA)	145
Tableau 21 : caractéristiques des logements, utilisation des sources d'eau, raccordement à un réseau électrique et au gaz naturel pour la population algérienne en 2006.	149

Tableau 22 : Evolution du nombre de cas atteint de maladies transmissibles en Algérie. ...	153
Tableau 23 : La prévalence des maladies chroniques selon l'âge et le type de maladie en 2006.	155
Tableau 24 : Evolution des recettes d'assurances sociales en Algérie.....	157
Tableau 25 : Evolution du nombre d'assurés actif en Algérie (1999-2006)	158
Tableau 26 : Evolution de la masse salariale en Algérie	159
Tableau 27 : Evolution du salaire national minimum garanti SNMG en Algérie.....	160
Tableau 28 : Comparaison du taux de cotisation dans certains pays en 2007.....	161
Tableau 29 : Evolution des sources de financement des caisses d'assurance maladie en Algérie.....	162
Tableau 30 : Evolution des salariés permanents et non permanents en Algérie	165
Tableau 31 : Evolution des pertes de cotisation dues à la non-déclaration en Algérie	166
Tableau 32 : Evolution de la population d'assurés actifs et inactifs en Algérie (1999-2006)	167
Tableau 33 : Evolution du nombre de contrôles des employeurs en Algérie	170

SCHEMAS:

Schéma 1 : Hypothèse de Grossman : Evolution du stock de santé avec le temps.....	16
Schéma 2 : Incertitude sur le niveau du stock initial de santé alloué.....	19
Schéma 3 : Incertitude sur le taux de dépréciation du stock de santé alloué	20
Schéma 4 : Choc irréversible sur le stock de santé	22
Schéma 5 : Choc réversible sur le stock de santé	22
Schéma 6 : Altération du taux de dépréciation (Maladie de type cancer)	23
Schéma 7 : Altération du taux de dépréciation : Maladie de type démence	24
Schéma 8 : L'utilité individuelle pour un individu malade.....	48
Schéma 9 : L'utilité individuelle pour un individu en bonne santé.	49

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

1. Bailly A. S. : L'Etat et la santé, éd. Economica, Paris, 1991.
2. Batard Y. : La protection sociale des agents publics et des salariés, l'harmattan éditeur, France, 2004.
3. Beck U. : la société de risque, édition Suhrkamp Frankfurt, Allemagne.
4. Béjean S. : Economie du système de santé, éd. Economica, Paris, 1994.
5. Benissad H. : L'ajustement structurel, l'expérience du Maghreb, éd. OPU, Alger, 1999.
6. Beresniak A. et Duru G. : Economie de la santé, 4^{ème} édition, MASSON.
7. Bichot J. : L'économie de protection sociale, éd. Collin, 1992.
8. Bourdillon F. et Alii : Traité de santé publique, éd. Flammarion, Paris, 2004.
9. Bourdon A. et Alii : Le système de protection sociale, éd. Ellipses, Paris, 2002.
10. Boussouf R. : Géographie et santé en Algérie, OPU, Alger, 1992.
11. Bras P. L. : Financement des soins, pris en charge de la maladie, traité de santé publique, éd. Flammarion, Paris, 2004.
12. Brocas A.M. : L'évolution des systèmes de protection sociale, éd. CIRAC, Allemagne, 1992.
13. Cendron J.P. : L'évolution des systèmes de protection sociale, éd. Nathan, Paris, 1996.
14. Dal G. : La sécurité sociale à ses débuts : réactions suscitées, arguments échangés, éd. l'Harmattan, collection « logique historiques », Paris, Mars 2003.
15. Daligrand L. et alii : Sécurité sociale : abrégés, connaissances et pratiques, éd. Masson, 2001.
16. Delande G. : Introduction à l'économie de la santé, Jhon Libbey Eurotext éditeur, France, 1991.
17. Dupeyroux J-J. : Droit de la sécurité sociale, éd. Dalloz, Paris, 1998.
18. Dupeyroux J-J. et Pretot X. : Sécurité sociale, éd. Sirey, Paris, 2000.
19. Duriez M. et Lequet- Slama D. : Les systèmes de santé en Europe, Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1998.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

20. Epiter J.P. et Meuteurtre H. : La protection sociale et son financement, éd. Vuibert, 1995.
21. Evans R.G. : Etre ou ne pas être en bonne santé : Biologie et déterminants sociaux de la maladie, John Libbey Eurotext éditeur, 1996.
22. Foucher K. : principe de précaution et risque sanitaire, l'Harmattan éditeur, 2002.
23. Funk J.F. : Droit de la sécurité sociale, Larquier éd, 2006.
24. Gérard Duru : Analyses et évaluations en économie de la santé, édition HERMIS.
25. Hannouz M. et Khadir M. : Précis de sécurité sociale, à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux, éd. OPU, 1996.
26. Huteau G. : Sécurité sociale et politiques sociales, éd. ARMAND COLIN, 3^{ème} édition Paris, 2001.
27. Iardella E. et alii : Sciences humaines et sociales, éd. Masson, 2^{ème} édition, 1998.
28. Institut National du Travail : Droit de la sécurité sociale, INT, 2001.
29. Kaya S-A. K. : Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie, OPU, Alger, Mars 1994.
30. Kesler D. : L'avenir de la protection sociale, Editeur Plon, Paris, 1999.
31. Khiati M. : Quelle santé pour les algériens, éd. Maghreb relations, Alger, 1990.
32. Labourdette A. : Economie de la santé, éd. PUF, Paris, 1988.
33. Lamri L. : Le système de sécurité sociale de l'Algérie, une approche économique, éd. OPU, Alger, 2004.
34. Lamri L. : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, Alger, septembre 2001.
35. Laot L. : L'univers de la protection sociale, un héritage en question, éd. Harmattan, Paris, 2005.
36. Mills C. : Protection sociale: Economie et politique, débats actuels et réformes, éd. Montchrestien, 2001.
37. Majnoni et Alii : Economie de la santé, PUF, 2001.
38. Mallat H. : La sécurité sociale et les assurances sociales dans les pays arabes : Afrique du Nord et Moyen-Orient, BRUYLANT \ DELTA, 1999.
39. Moreau R. et Teyssou R. : L'assurance maladie au risque de la mondialisation, éd. l'Harmattan, 2008.
40. Mougeot M. : Système de santé en concurrence, Ed. PUF, 4^{ème} édition, 1997.

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

41. Nihoul p. et Claire-Simon A. : l'Europe et les soins de santé : Marché intérieur, sécurité sociale, concurrence, éd. Lacier, Belgique, 2005.
42. Oufriha F.Z. : Cette chère santé, une analyse économique du système de soins en Algérie, éd. OPU, Alger, 1992.
43. Oufriha F.Z. : Système de santé et population en Algérie, éd. ANEP, Algérie, 2002.
44. Paret H. : L'économie des soins médicaux, éd. Économie et humanisme, les éditions Ouvrières, 1978.
45. Phelps C. : Les fondements de l'économie de la santé, édition PUBLI UNION.
46. Pomey M. et poullire J.P. : La santé publique, éd. Ellipses, 2000.
47. Quenet J., Jeanne E. : Sciences sanitaires et sociales, France, 1997.
48. Rochet L. et Alii: L'économie de la santé, série : Que sais-je ?, éd. PUF, 4ème édition, Paris, 1997.
49. Rynier M.H. : Protection sociale, éd. Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2005.
50. Saillez J-C. et Lebrun T. : Dix ans d'avancées en économie de la santé, JOHN LIBBEY EUROTTEXT, 1997.
51. Setbon M. : Risque, sécurité sanitaire et processus de décision, Elsevier Masson éditeur, 2004.
52. Tanti-Haedouin N. : Economie de la santé, éd. Armand Colin, Paris, 1994.
53. Van Raepenbusch S. et Wathelet M.: la sécurité sociale des travailleurs européens, éd. Larcier, Liège, 2001.
54. Zambrowski J.J. : Théorie et pratique de l'économie de la santé, éd. Masson, 2001.

ARTICLES ET COMMUNICATIONS

1. Abramovia G. et Alii : Le compte de la protection sociale, revue problèmes économiques n° 2610, éd. La documentation française, France, mars 1999.
2. Bac C. et Cornilleau G. : Comparaison internationale des dépenses de santé, revue française des affaires sociales n°175, éd. DREES, France, juin 2002. In www.sante.gouv.fr/drees/
3. Bardey D. : Assurance maladie et comportement d'autoprotection, Séminaire Prévention et assurance. In www.sante.gouv.fr

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

4. Bouziani M. : Les soins de santé publique : quels enjeux, revue santé publique et sciences sociale n°6, éd. Maghreb relations, Algérie, deuxième semestre 2000.
5. Chambaretaud S. et Hartmann L. : Economie de la santé : Avancées théoriques et opérationnelles, Revue de l'OFCE n°91, Lille, octobre 2004. In www.ofce.sciences-po.fr
6. Concialdi P. : La protection sociale, revue Alternatives Economiques n°55, France, 1^{er} trimestre 2003. In www.alternatives-economiques.fr
7. Domin J.P. : Du droit à la santé au risque sanitaire : une transformation du mode de régulation, communication analyse des changements institutionnels, Université de Reims Champagne-Ardenne, France, 2005. In www.univ-Reims.fr
8. Duriez M. et Siwek P. : assurer la pérennité du système d'assurance maladie, revue Actualité et dossier en santé publique_ADSP- n°53/54, éd. La documentation française, France, décembre 2005-mars 2006.
9. Fremicourt M. et palier B. : Quel avenir pour la protection sociale dans une Europe élargie, Conférence n° 129/130,1997.
10. Hazera J.C. : Sommes-nous bien assurés par la sécurité sociale, revue Problèmes Economiques n°2646, éd. La documentation française, France, janvier 2000.
11. Jacobzonne S. : Système mixtes d'assurance maladie, équité, gestion des risques et maîtrise des couts, Revue Economie et Prévision n° 129/130, 1997.
12. Kaddar M. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987, revue CREAD n° 19 : Contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie, Alger, 3^{ème} trimestre 1989.
13. Kaïd Tlilane N. : Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaires en Algérie, Revue Sciences humaines n° 19, Constantine, Algérie, juin 2003.
14. Kaïd Tlilane N. : L'impact de la crise économique et de la privatisation de l'exercice médical sur la santé publique en Algérie, Revue Santé Publique et Sciences Sociales, Epidémiologie et prise de décision de santé publique, n° 11 et 12, 4^{ème} semestre, éd. Dar El Gharb, Oran, décembre 2004.
15. Kaïd Tlilane N. : La gestion locale des problèmes de santé, quelques réflexions, colloque international « Gestion et Financement des collectivités locales à l'heure des mutations Economiques », université El Hadj Lakhdar, Batna, 01 et 02 décembre 2004.

16. Kaïd Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n° 4 vol. 57, 4^{ème} semestre, éd. Peter Lang SA, octobre-décembre 2004.
17. Kaïd Tlilane N. et Grangaud J.P. : La situation vaccinale des enfants en période du PAS en Algérie, Revue des Sciences Economiques et de gestion n°5, Sétif, Algérie, 2005.
18. Kaïd Tlilane N. et Ferfera M.Y. : Le besoin de santé chez l'enfant, les cahiers de MECAS n°2, Alger, avril 2006.
19. Kaïd Tlilane N. : Pauvreté et santé : Quelles politiques de lutte pour l'équité, Revue Economie et Management : Pauvreté et coopération, n° 2, 1^{er} semestre, 2003.
20. Lachaud C, et Rochaix L. : Equité dans le financement de la prestation de soins de santé en Europe, revue d'économie financière n° 34, éd. le monde, 1995, numéro spécial : le financement de la santé.
21. Letourmy A. : L'état de la couverture maladie dans les pays à faible revenu, acte des XXVI^{ème} journées des économistes de la santé « santé et développement », CERDI publishing, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.
22. L'Horty Y. et alii : Expliquer la croissance des dépenses de santé : Le rôle du niveau de vie et du progrès technique, revue Economie et prévision n° 129-130, éd. La documentation française, France, 1997.
23. Magniadas M. : Histoire de la sécurité sociale, Conférence Institut Cgt d'Histoire Sociale, octobre 2003. In www.ihs.cgt.fr
24. Marchand M. : Assurance maladie publique et privé, Revue problèmes économiques n° 2554, éd. La documentation Française, février 1998.
25. Miloud K. : Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie, revue CREAD n° 19, Alger, 3^{ème} trimestre 1998.
26. Oufriha F.Z. : Crise-PAS et santé des enfants en Algérie, revue du CREAD, Alger. In www.cread.dz
27. Oufriha F.Z. : Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins, Revue des cahiers de Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement (CREAD) : Contribution à l'étude de l'économie de santé en Algérie, n° 27/28, éd. CREAD, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres, 1991.
28. Rameix S. : Théorie de la justice sociale et système de santé, actes et colloques : Diversité des systèmes de santé occidentaux, l'harmonisation impossible, John Libbey Eurotext éditeur, 2001.

29. Schneider-Brunner C. : Equité et économie de la santé : entre positivité et normativité, actes des XIX^e journées des économistes de la santé français : Dix ans d'avancées en économie de la santé, éd. John Libbey Eurotext, Lille, 1997.
30. Zitouni M. : La politique de santé en Algérie, enjeux et perspectives, revue semestrielle : santé publique et sciences sociales n° 10, éd. Dar El Gharb, Oran, mai 2004.

REVUES

1. Appliquée et Développement (ex cahier du CREAD) : Contributions à l'étude de l'économie de santé en Algérie II, n° 19, 3^{ème} trimestre, 1989.
2. Revue ADSP, n° 27, juin 1999.
3. Revue ADSP, n° 39, juin 2002.
4. Revue Actualité et dossier en santé publique _ADSP- n° 53/54, éd. La documentation française, France, décembre 2005-mars 2006.
5. Revue CREAD n° 19, Alger, 3^{ème} trimestre 1989.
6. Revue de CNEAP : Aspects économiques de la santé en Algérie, numéro spécial.
7. Revue de CNEAP : Contribution à l'étude de l'économie de santé en Algérie, 1989.
8. Revue de CREAD : Contribution à l'étude de l'économie de santé en Algérie, n° 27/28, éd. CREAD, 3e et 4e trimestre 1991.
9. Revue d'Economie Financière n° 34 (numéro spécial), éd. Le monde, 1995.
10. Revue de l'OFCE n° 91, Lille, octobre 2004.
11. Revue française des affaires sociales n° 175, éd. DREES, France juin 2002.
12. Revue Internationale de Sécurité Sociale, vol 57 n° 4, 4^{ème} semestre, éd. Peter Lang SA, 2004.
13. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, volume 33-n° 4, octobre – décembre 2002.
14. Revue problème économiques n° 2610, éd. La documentation française, France, mars 1999.
15. Revue Santé Publique et Science Sociale: Epidémiologie et prise de décision de santé publique, n° 11-12, 4^{ème} semestre, éd. Dar Elgharb, 2004.
16. Revue santé publique et sciences sociale n°6, éd. Maghreb relations, Algérie, deuxième semestre 2000.

17. Revue Sciences Humaines n° 19, Constantine, Algérie, juin 2003.

MEMOIRES ET THESES

1. Azri K. : accidents de travail et maladies professionnelles, Magistère en Sciences Economiques, université de Béjaïa, Algérie, juin 2009.
2. Bien F. : Essai en économie de la santé et assurance, Thèses Doctorat en Sciences Economiques, Université Paris-X Nanterre, France, décembre 2001.
3. Couffinhall A. : Concurrence en assurance santé : Entre efficacité et sélection, Thèse Doctorat en Sciences Economiques, université Paris IX-Dauphine, septembre 1999.
4. Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien déterminisme et problématique, Thèses Doctorat d'université és Sciences Economique, Université Montesquieu-Bordeaux IV, France, décembre 1998.
5. 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 Béjaïa. Thèse de Doctorat d'Etat és Sciences Economiques, Université d'Alger 2003.
6. Kandi N. : état sanitaire des travailleurs, Magistère en Sciences Economiques, université de Béjaïa, Algérie, juin 2010.
7. Kassa F. : Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie, Magistère en Sciences Economiques, université de Béjaïa, Algérie, juin 2009.
8. Mahfoud N. : Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie : Cas de la wilaya de Béjaïa, Magistère en Sciences Economiques, université de Béjaïa, Algérie, juin 2009.
9. Mekbel A. : Essai d'évaluation de la consommation du médicament générique par rapport au princeps en Algérie : Enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa, Magistère en Sciences Economiques, université de Béjaïa, Algérie, juin 2009.
10. Lamri L. : Le système de santé algérien : Organisation, fonctionnement et tendances. Mémoire de Magister, Université d'Alger, 1987.
11. Mendil DJ. : Adaptation du mode de financement de la sécurité sociale au contexte économique de transition vers l'économie de marché : cas de l'Algérie, Magistère en sciences Economiques, université de Béjaïa, Algérie, juin 2002.

RAPPORTS ET DOCUMENTS

1. Banque d'Algérie : Evolution économique et financière en Algérie, banque d'Algérie, rapport 2006, Alger juin 2007. In www.bankofalgeria.dz
2. Banque Mondiale : Gestion du risque social : Cadre théorique de la protection sociale, Banque Mondiale, février 2000. In www.bankworld.org
3. BIT : Sécurité sociale : Questions, défis et perspectives, BIT, Genève, 2001.
4. Benabahmed L. : Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne, CNOP, Mars 2009.
5. Bougrine P. : L'assurance maladie de la sécurité sociale, 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>.
6. Bras P.L. : Financement des soins, pris en charge de la maladie, traité de santé publique, éd Flammarion, paris 2004.
7. CASNOS : Faites connaissance avec la CASNOS, CASNOS, 2006.
8. Centre d'étude et de recherche sur le développement international : XXVI èmes journées des Economistes Français de la santé « santé et développement », Clermont –Ferrand, 9 - 10 janvier 2003.
1. Centre for Administrative Innovation in the Euro-méditerranéen Région (C.A.I.M.E.D) : Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne, Algérie, CAIMED, 2005. in : <http://unpan1.un.org>.
2. CNAS des travailleurs salariés : Système du tiers-payants et la CNAS, CNAS, 2002.
3. CNES : Evolution de système de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer un équilibre financier, CNES, 2001.
4. CNES : Note de conjoncture, CNES, Alger, juillet 2006. In www.cnes.fr
5. Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques : Modélisation des dépenses d'assurance maladie, drees n° 19, France, octobre 2001. In www.sante.gouv.fr
6. INESG : Le système national de santé et son financement : enjeux et perspectives, INESG, 2007.
7. Institut National de la statistique et des études Economique : Aléa moral en santé, INSEF, France, décembre 2007. In www.insee.fr

8. Institut National de santé Publique: Relevé épidémiologique annuel, ANDS, Alger, 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008.
9. Jourdain A.: Equity of a health system, European journal of public health n° 2, volume 10, Oxford University press. In www.eurpub-oxfordjournals.org
10. Le Pen C.: Health Insurance, Access to Care and Income Redistribution, Cahier n° 2002-09, Euriso-Logos, Paris, Mai 2002. In www.dauphine.fr/eurisco
11. Marques N.: Le monopole de la Sécurité sociale face à l'histoire des premières protections sociales, journal des economists et des études humaines, vol. X n° 2, éd. La documentation française, septembre-octobre 2000. In www.ladocumentationfrancaise.fr
12. Ministère de la santé et de la réforme hospitalière : L'état de santé des algériens et des algériennes, MSRH, avril 2002 et décembre 2004. In www.santé.dz
13. Ministère de la santé, de la population et de la Réforme hospitalière : suivie de la situation des enfants et des femmes, MSPRH, Alger, juillet 2007. In www.santé.dz
14. Ministère de la santé et de la réforme hospitalière : Programme national périnatalité 2006-2009, MSPRH, Alger. In www.santé.dz
15. Ministère des Finances : lois de finance 2000 à 2009, ministère des finances, Algérie 2007. In www.finances-algeria.org
16. Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale : Bilan 2006 ; Programme d'action 2007, CNAS, Mars, 2006.
17. MSPRH: Statistiques sanitaires, Ed. 1992 à 2008.
18. Musée National de l'assurance maladie : Les origines de la sécurité sociale, France 2008. In www.musee-assurance-maladie.com
19. OCDE : Aspect fondamentaux des assurances, OECD publishing, Genève, 2004.
20. OIT : La protection sociale de la santé, Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé, OIT, août 2007. In www.ilo.org
21. OMS : Rapports de santé dans le monde, éd. 2000-2006, in : www.who.int.
22. OMS: Assurance maladie universelle, OMS, Genève, avril 2004. In www.who.int
23. OMS: Reaching universal coverage via social health insurance: OMS, 2004. In www.who.int
24. OMS: Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage, OMS, Genève, 2005. In www.who.int

25. OMS: Achieving universal health coverage: Developing the health financing system, OMS, Genève, 2005. In www.who.int
26. OMS: Stratégies OMS de coopération avec l'Algérie, OMS, Genève, 2002- 2005. In www.who.int
27. Oxfam International: Health Insurance in low-income countries, Oxfam Briefing Paper, May 2008. In www.oxfam.org
28. SNAPO : Impact du Tarif de Référence (T. R.) sur le prix des médicaments, SNAPO, Algérie, 2007.

REGLEMENTATION

• Lois

1. Loi n° 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
2. Loi n° 83-15 du 02 juillet 1983 relative aux contentieux en matière de sécurité sociale.
3. Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé (JORA 16 février 1985).
4. Loi 86-15 du 29 décembre 1986 portant loi de finance pour 1987.
5. Loi n°90-17 du 31 juillet 1990 modifiant la loi -05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé (JORA de 13 juillet 1990).
6. Loi 90-33 du 25 décembre 1990 relative aux mutuelles sociales.

• Décrets

1. Décret n° 82-95 du 20 février 1982 portant l'exercice libre de la médecine privée.
2. Décret n° 84-27 du 11 février 1984 fixant les modalités d'application du titre II de la loi n°83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
3. Décret exécutif n° 91-159 du 18 mai 1991 fixant le nombre minimum d'adhérents requis par la constitution d'une mutuelle sociale.
4. Décret n° 92-07 du 04 janvier 1992 portant statut juridiques des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale.
5. Décret n° 92-284 du 06 juillet 1992 portant définition du médicament générique.
6. Décret exécutif n° 03-137 du 24 mars 2003 qui énonce que du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité sociale.

- **Ordonnances**

1. Ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant gratuité des soins dans les établissements publics.
2. Ordonnance n° 95-01 du 21 janvier 1995 fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale.
3. Ordonnance n° 96-17 du 6 juillet 1996 modifiant et complétant la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

- **Arrêté**

1. Arrêté du 08 août 1993 portant convention-type à établir entre la Caisse Nationale des assurances Sociales des Travailleurs Salariés et les centres médico-sociaux des entreprises publiques ou des mutuelles.

SITES INTERNET

www.ands.dz
www.bankworld.org
www.casnos.dz
www.cnas.da
www.cread.dz
www.finances-algeria.org
www.insee.fr
www.irdes.fr
www.ladocumentationfrancaise.fr
www.musee-assurance-maladie.com
www.mtss.gov.dz
www.ocde.org
www.oit.org
www.oxfam.org
www.ons.dz
www.sante.dz
www.sante.gouv.fr
www.sante.gouv.fr/drees/
www.un.org
www.unesco.org
www.who.int

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : APPROCHES HISTORIQUE, THEORIQUE ET ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE.	
INTRODUCTION	6
I. INCERTITUDE ET RISQUE EN ASSURANCE SANTE	7
1. Le service d'assurance.....	7
1.1. L'offre et la demande d'assurance.....	7
1.1.1. Les conditions d'assurabilité d'un risque.....	7
1.1.2. La demande d'assurance.....	8
1.2. L'endogénéisation des risques	9
1.2.1. Auto-protection, auto-assurance et assurance	10
1.2.1.1. L'auto-assurance.....	10
1.2.1.2. L'auto-protection.....	10
1.2.2. Le risque moral.....	11
2. Facteurs de risque, réparation du dommage et nature d'aléa en santé	13
2.1. L'approche déterministe	14
2.1.1. Le déterminisme comportemental	14
2.1.2. Le déterminisme environnemental	17
2.1.2.1. Les facteurs biologiques	17
2.1.2.2. Les facteurs environnementaux	18
2.2. L'approche aléatoire	18
2.2.1. Incertitude initiale	19
2.2.2. Maladie et dommage	20
2.2.2.1. Probabilité de réalisation	20
2.2.2.2. Nature du choc	21
2.2.2.2.1. Ampleur et réversibilité.....	21
2.2.2.2.2. Choc sur le stock ou choc sur le taux	23
2.3. Récapitulation.....	24
3. Objet de l'assurance santé	25

3.1. L'assurance santé porte sur les soins	26
3.2. Limites du principe de l'assurance santé	27
II. L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)	30
1. Evolution historique de la sécurité sociale	30
1.1. Les anciennes formes de protection sociale	31
1.1.1. Avant l'ère industrielle.....	31
1.1.2. Durant l'ère industrielle	32
1.2. Les formes nouvelles de protection sociale	33
1.2.1. Les accidents du travail	33
1.2.2. Les assurances sociales	34
1.3. La sécurité sociale en période moderne.....	34
1.3.1. La définition de la sécurité sociale	34
1.3.2. Origine de la notion « Sécurité Sociale »	35
1.3.3. Mouvement international en faveur de la sécurité sociale	35
2. Le commencement de l'assurance maladie	37
2.1. Le modèle Bismarckien	37
2.2. Le modèle de Beveridge	37
3. L'assurance maladie obligatoire et ses principaux fondements	38
3.1. Le concept d'assurance maladie	39
3.2. Les principes de l'assurance maladie	40
3.2.1. La solidarité	40
3.2.2. L'équité	41
3.2.3. L'universalité.....	42
III. ASPECT ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE ET SES LIMITES	43
1. Conception de l'assurance maladie par les différents courants économiques.....	43
1.1. L'approche néo-classique	44
1.2. L'approche Marxiste	44
1.3. L'analyse keynésienne	45
1.4. L'approche libérale	45

2. L'aspect microéconomique de l'assurance maladie	46
2.1. Les hypothèses	47
2.2. Théorie d'utilité et du bien-être	47
2.2.1. Les utilités individuelles	48
2.2.1.1. Le cas d'un individu malade	48
2.2.1.2. Le cas d'un individu en bonne santé	49
2.2.2. L'utilité collective	49
2.2.2.1. Sans assurance maladie	49
2.2.2.2. Avec assurance maladie	50
2.3. Les limites de l'analyse microéconomique de l'assurance maladie.....	51
3. Difficultés rencontrées par l'assurance maladie.....	52
3.1. Anticipation imparfaite des risques	52
3.1.1. Information parfaite	53
3.1.2. Horizon temporel très long	54
3.1.3. La diversité des comportements individuels face au risque	54
3.2. Sélection adverse	54
3.3. Aléa moral et passager clandestin	55
3.3.1. Risque moral.....	56
3.3.1.1. Risque moral ex ante (sous-prévention)	56
3.3.1.2. Risque moral ex post (surconsommation)	57
3.3.2. Passager clandestin	58
CONCLUSION	59

CHAPITRE II : ORGANISATION, ATTRIBUTIONS ET FONCTIONNEMENT DES ORGANISMES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE.

INTRODUCTION	60
--------------------	----

I. EVOLUTION HISTORIQUE DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE ET SES RAPPORTS AVEC LE SYSTEME DE SOINS

1. Situation de la sécurité sociale antérieure à l'indépendance (1962)	61
1.1. L'organisation administrative	62
1.2. L'organisation financière	63
1.3. La relation de la sécurité sociale avec le système de soins	63

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

1.3.1. Les soins ambulatoires	63
1.3.2. Les cliniques privées	64
1.3.3. Les établissements publics	64
2. La période de 1962-1970	64
2.1. L'organisation administrative	65
2.2. L'organisation financière	66
2.3. La relation avec le système de soins	66
3. La période 1970-1983	67
3.1. L'organisation administrative	68
3.2. L'organisation financière	69
3.3. La relation avec le système de soins	69
3.3.1. Relation avec le système privé	69
3.3.2. Relation avec le système public	69
3.4. Structures sanitaires de la sécurité sociale.....	70
4. La période allant de 1983 à nos jours	71
4.1. L'organisation administrative	72
4.2. L'organisation financière	73
4.3 La relation avec le système de soins	73

II. EDIFICATION DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE ET SON ORGANISATION ADMINISTRATIVE..... 73

1. Historique de l'organisation de l'assurance maladie en Algérie.....	74
2. Organisation administrative des organismes de l'assurance maladie.....	76
2.1. Statut juridique et tutelle des caisses de l'assurance maladie	76
2.1.1. Statut juridique	76
2.1.2. Tutelle.....	77
2.2. Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS)	77
2.2.1. Fonctionnement administratif de la CNAS	77
2.2.1.1. Le Conseil d'Administration.....	78
2.2.1.2. Le Directeur Général.....	78
2.2.2. Attributions de la CNAS	79

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

2.2.3. Moyens d'intervention de la CNAS	80
2.3. Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (CASNOS)	81
2.3.1. Fonctionnement administratif de la CASNOS	82
2.3.1.1. Le Conseil Administratif	82
2.3.1.2. Le Directeur Général	83
2.3.2. Attributions de la CASNOS	83
2.3.3. Moyens d'intervention de la CASNOS.....	83
3. Principes du fonctionnement de l'assurance maladie.....	84
3.1. Les bénéficiaires, les conditions d'ouverture des droits et les prestations.....	85
3.1.1. La CNAS	85
3.1.1.1. Les bénéficiaires.....	86
3.1.1.2. Les conditions d'ouverture de droit.....	87
3.1.2. La CASNOS	88
3.1.2.1. Les bénéficiaires.....	89
3.1.2.2. Conditions d'ouverture de droits	89
3.2. Les taux de remboursement.....	90
3.2.1. Exonération à raison de la nature des actes	90
3.2.2. Exonération à raison de la nature de l'affection	91
3.2.3. Exonération à raison de la qualité de l'assuré	92
3.3. Le système du tiers payant	92
3.4. La tarification	93
3.4.1. Les prestations en nature	93
3.4.2. Les prestations en espèces.....	95
3.4.2.1. Les conditions d'ouverture	95
3.4.2.2. Les bénéficiaires et les modalités d'octroi	95
4. Insuffisances organisationnelles et de gestion de l'assurance maladie en Algérie.....	96
4.1. Insuffisances de gestion	96
4.2. Insuffisances organisationnelles et fonctionnelles de l'assurance maladie en Algérie .	98
III. LES LIMITES REGLEMENTAIRES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE	99
1. Une législation incomplète et imprécise	100

2. Une législation inadaptée et dépassée.....	101
3. Une législation difficile à appliquer dans la réalité	103
4. Une législation incohérente.....	104
CONCLUSION.....	107

CHAPITRE III : FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ET SA CONTRIBUTION DANS LE FINANCEMENT DES SOINS EN ALGERIE.

INTRODUCTION	108
--------------------	-----

I. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS ET FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE

1. Evolution historique et organisationnelle du système de soins en Algérie.....	109
1.1. La période coloniale (avant 1962)	110
1.2. La période post- indépendance	111
1.2.1. Période allant du 1962 à 1973	111
1.2.2. Période allant du 1974 à 1980	114
1.2.3. Période allant du 1980 à 1986	116
1.2.4. Période allant du 1986 à 1994	119
1.2.5. Période allant du 1994 à nos jours	120
2. Financement de la santé en Algérie	122
2.1. Les dépenses de santé en Algérie	122
2.1.1. Evolution des dépenses nationales de santé en Algérie.....	122
2.1.2. Evolution du budget de fonctionnement des établissements sanitaires publics	126
2.2. Les sources de financement des dépenses de santé et leur structure.....	127
2.2.1. Les sources de financement des dépenses de santé en Algérie.....	127
2.2.2. Répartition des dépenses de santé en Algérie	129

II. ANALYSE DES DEPENSES ET DES RECETTES DE L'ASSURANCE MALADIE EN ALGERIE

1. Analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie.....	131
1.1. Analyse des différents postes de dépenses de la CNAS	131
1.1.1. La part de la CNAS dans le financement des structures publiques de soins (Le forfait hôpitaux)	132

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

1.1.2. Transferts pour soins à l'étranger (TSE) en Algérie	134
1.1.3. Evolution des dépenses d'assurance maladie en Algérie	135
1.1.3.1. L'évolution des dépenses d'actes médicaux en Algérie	138
1.1.3.2. Les dépenses de médicaments en Algérie	139
1.1.3.3. L'évolution des dépenses des autres biens médicaux	143
1.1.3.4. L'évolution des indemnités journalières (IJ)	144
1.1.4. L'équilibre financier de la CNAS	145
1.2. Les facteurs déterminants des dépenses d'assurance maladie en Algérie.....	146
1.2.1. La transition démographique en Algérie	146
1.2.1.1. Les conditions de l'habitat de la population algérienne	148
1.2.1.2. Nuptialité et fécondité et leur effet sur la santé	149
1.2.2. La transition économique en Algérie	150
1.2.2.1. L'application du plan d'ajustement structurel (PAS)	150
1.2.2.2. Le remaniement du système économique algérien durant la décennie 2000.....	151
1.2.2.2.1. Le taux d'inflation.....	152
1.2.2.2.2. Le taux de change.....	152
1.2.3. La transition épidémiologique en Algérie	153
1.2.3.1. Les maladies transmissibles en Algérie	153
1.2.3.2. Les maladies non transmissibles (chroniques)	154
1.2.3.3. L'environnement.....	155
2. Analyse des recettes d'assurance maladie en Algérie	156
2.1. L'évolution des recettes d'assurance maladie en Algérie	156
2.2. Les facteurs déterminants des recettes d'assurance maladie en Algérie	158
2.2.1. L'augmentation de la base cotisante en Algérie	158
2.2.2. La masse salariale en Algérie.....	159
2.2.3. L'assiette de cotisation en Algérie.....	160
2.2.4. Le taux de cotisation en Algérie	161
2.3. Les sources de financement des recettes d'assurance maladie en Algérie.....	162
2.3.1. Le secteur public	162
2.3.2. Le secteur privé	163
2.4. Le manque des ressources d'assurance maladie en Algérie.....	164

Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie

2.4.1. L'impact du marché du travail sur le niveau de cotisation.....	164
2.4.1.1. L'emploi permanent en Algérie	165
2.4.1.2. L'emploi informel en Algérie	165
2.4.2. Extension de la solidarité entres actifs et inactifs en Algérie.....	167
III. LES MESURES PRISES POUR LA MAITRISE DES DEPENSES ET LE MAINTIEN DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE ...	167
1. Le recouvrement forcé	168
2. L'application du tarif de référence et la promotion du médicament générique	169
3. le contrôle des employeurs et la lutte contre l'évasion sociale	170
4. La mise en place de la carte à puce CHIFA	171
5. Le contrôle médical	172
6. Formation, information et prévention.....	173
7. L'encouragement de la production nationale et la limitation des importations	174
CONCLUSION.....	175
CONCLUSION GENERALE.....	176
ANNEXES	180
LISTE DES TABLEAUX ET SCHEMAS.....	183
BIBLIOGRAPHIE	185
TABLE DES MATIERES	196

RESUME

L'assurance maladie obligatoire est l'une des méthodes principales et efficaces de financement de la santé. Elle est un instrument efficace pour garantir la gestion du risque maladie en mobilisant des ressources et en réduisant le poids financier de la couverture maladie. De plus, elle suscite un intérêt particulier du fait qu'elle est centrée sur le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins qui est non seulement une condition sine qua non de l'efficacité du système de santé, mais aussi un facteur majeur de la cohésion sociale.

En Algérie, en s'inscrivant dans la logique bismarckienne de l'assurance et en se basant sur le caractère obligatoire et solidaire, le système d'assurance maladie est conçu dans le but d'assurer la couverture d'assurance maladie à toute la population et d'offrir des prestations variées et de qualité avec une égalité d'accès pour tous sans discrimination sociale. Ainsi, les organismes de ce système que sont la CNAS et la CASNOS couvrent la quasi-totalité de la population algérienne et offrent des prestations en nature et en espèces.

Cependant, l'assurance maladie obligatoire, en Algérie, est confrontée à certains problèmes d'ordre financier et existentiel. En fait, l'assurance maladie obligatoire trouve des difficultés majeures pour préserver l'équilibre financier de ses caisses à cause, d'une part, de l'insuffisance de ses cotisations en raison de la précarité de l'emploi, l'évasion fiscale et le développement de l'économie informelle, et d'autre part, de l'augmentation effrénée des dépenses de santé dues essentiellement aux transitions économique, démographique et épidémiologique. De plus, si l'aspect administratif et organisationnel a connu un renforcement visant une meilleure gestion des caisses, l'aspect législatif quant à lui, comprend quelques lacunes du fait qu'il ne répond plus aux exigences actuelles. Les caisses et leur tutelle, dans ce contexte, sont en face d'un défi majeur qui est celui de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et l'élargissement de la base cotisante, et ce, pour assurer une meilleure prise en charge sanitaire.

Ce présent travail est un essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé en Algérie. Dans ce contexte, nous avons essayé d'exposer l'évolution et le fonctionnement de l'assurance maladie en Algérie et sa relation avec le système de soins et d'analyser ses mécanismes de financement, ses recettes et ses dépenses ainsi que ses perspectives dans la maîtrise de ses dépenses et l'égalité d'accès aux soins de qualité, et ce, pour permettre d'atteindre l'objectif de ce travail qui est celui de mettre en relief la part du financement des soins de santé par l'assurance maladie.

Mots clés : assurance maladie, financement, dépenses de santé.

Abstract

Compulsory health insurance is one of the main and effective methods of health financing. It is an effective tool to ensure the management of health risks by mobilizing resources and reducing the financial burden of health coverage. In addition, it is of special interest because it focuses on the interests of fairness and solidarity in access to care which is not only a prerequisite for the effectiveness of the health system, but also a major factor of social cohesion.

In Algeria, according to the Bismarckian insurance and basing on the character of obligation and solidarity, the health insurance system is designed to provide health insurance coverage to the entire population and to offer variety and quality services with equal access for all without social discrimination. Thus, organisms of this system, which are CNAS and CASNOS, cover almost all of the Algerian population and provide benefits in kind and in cash.

However, the compulsory health insurance in Algeria is facing some financial and existential problems. In fact, compulsory health insurance finds major difficulties in maintaining the financial balance of its funds because, firstly, lack of contributions due to the precariousness of employment, tax evasion and development of the informal economy, and secondly, the increase in health spending rampant mainly due to economic, demographic and epidemiological transitions. In addition, if the administrative and organizational aspects are reinforced for a better management of the funds, the legislative aspect meanwhile, has some shortcomings because it no longer meets current requirements. The funds and their supervision, in this context, are facing a major challenge which is the cost containment of health insurance and expanding the base contributor, and this, for better support health.

The present work is an attempt to analyze the role of health insurance in financing health care in Algeria. In this context, we tried to explain the evolution and functioning of health insurance in Algeria and its relationship with the health care system and to analyze its funding mechanisms, its income and expenditure and its prospects in controlling its spending and equal access to quality care, all this, in order to achieve the objective of this work which is to highlight the part of health care financing through insurance disease.

Key words: health insurance, financing, health expenditures.

ملخص

يعتبر التأمين الإجباري على المرض واحد من أهم وأنجع الطرق لتمويل الصّحة. كما هو أداة فعّالة لضمان تسيير خطر المرض و ذلك بتسخير الموارد و تخفيض الثقل المالي للتغطية الصحية. و يلقي أيضا أهمية خاصة كونه يركز على مبدأ العدالة و التضامن للحصول على الرعاية الصحية التي هي ليست فقط شرط أساسي لفعالية النظام الصّحي بل عامل أساسي لتحقيق الانسجام الاجتماعي.

في الجزائر، وحسب منطق بسمارك في التأمين و الاعتماد على خاصيتي الإجبار و التضامن، أنشئ نظام التأمين على المرض بهدف ضمان تغطية تأمين صحي لجميع السّكان و كذا تقديم خدمات متنوّعة و ذات جودة مع مراعاة المساواة في فرص الحصول عليها للجميع دون أي تمييز اجتماعي. وبهذا تغطي صناديق هذا النظام، والمتمثلة في CNAS و CASNOS ، أغلبية السّكان و توفر لهم خدمات عينية و نقدية.

إلا أن التأمين الإجباري على المرض في الجزائر يواجه بعض المشاكل المالية و الوجودية. في الواقع، نظام التأمين على المرض يجد صعوبات كبيرة للحفاظ على التوازن المالي لصناديقه بسبب نقص اشتراكاته الناجم عن هشاشة سوق العمل، التهرّب الضريبي و كذا ارتفاع الاقتصاد غير الرسمي من جهة، و من جهة أخرى، الزيادة غير المحدودة لنفقات الصّحة نتيجة للتحوّلات الاقتصادية، الديموغرافية و الوبائية. زيادة على ذلك، فإذا عرف الجانب الإداري و التنظيمي تعزيزا يهدف إلى تحسين إدارة أموال الضمان الاجتماعي، فالجانب التشريعي يعرف بعض أوجه القصور لعدم استجابته للمتطلبات الحالية، في هذا الصدد، الصناديق و السلطة الوصية عليها، أمام تحدّ كبير يتمثل في التحكم في نفقات التأمين الصّحي و توسيع القاعدة الاشتراكية و هذا من أجل ضمان أحسن للتكفل الصّحي.

هذا العمل هو محاولة لتحليل دور التأمين على المرض في تمويل الرّعاية الصّحية في الجزائر. في هذا السّياق، حاولنا عرض تطوّر و سير نظام التأمين على المرض في الجزائر و علاقته بنظام الرّعاية الصّحية. كما حاولنا تحليل آلياته في التمويل؛ مداخله و نفقاته و كذا نظراته المستقبلية للسيطرة على النفقات و ضمان المساواة في الحصول على رعاية صحية ذات نوعية. و كلّ هذا من أجل تحقيق هدف هذا العمل المتمثل في إبراز الحصّة التي يمولها التأمين على المرض في الرّعاية الصّحية.

المفتاح: التأمين على المرض، التمويل، نفقات الصّحة.