

**INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE**



**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE**

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures  
Spécialisées en Economie de la Santé**

**6<sup>e</sup> promotion - Année académique 2003/2004**

**THEME**

**LES ASSURANCES MALADIE DE LA SECURITE  
SOCIALE EN ALGERIE : BILAN ET PERSPECTIVES  
CAS DE LA CAISSE NATIONALE DES ASSURANCES  
SOCIALES DES TRAVAILLEURS SALARIES (C.N.A.S.)**

Bibliothèque du CESAG



109270

**Présenté par :**

**Dr. Khattary Ahmed Ould BOYE**

**Sous l'encadrement de :**

**Dr Farba Lamine SALL, Conseiller à l'OMS  
Dr Hervé LAFARGE, Professeur à  
l'Université Paris Dauphine**

**M0170DSES11**

## Dédicace

A Mon Frère Dr. Salem Ould Mohamed Elmostapha OULD BOYE  
et Ma soeur Marième mint Mohamed Cheikh OULD BOYE .

## REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement

Docteur Farba Lamine SALL, pour avoir accepté de nous encadrer malgré ses multiples charges.

Monsieur Hervé Lafarge, Maître de conférence à Paris Dauphine pour avoir lu et fait des suggestions à ce travail

A Monsieur le Professeur MENA MO, Directeur de I.S.S.  
Nous avons toujours trouvé au près de vous une oreille attentive.  
Votre disponibilité constante et vos propos toujours convaincants nous ont rassurés dans les moments difficiles.

Toute le personnel et tous les enseignants de l'I.S.S du CESAG.

Toute la 6<sup>ème</sup> promotion du cycle DSES pour l'esprit d'entraide et la bonne ambiance pendant notre formation .

## Liste de Tableaux

- les attitudes face au risque .....	18
- les indicateurs économiques en Algérie .....	29
-volume de la population, natalité, mortalité et accroissement naturel .....	30
-Evolution des effectifs et des ratios de médecins, de chirurgiens dentistes et de pharmaciens .....	33
- Démographie médicale .....	34
- Tableau des taux de cotisation réduit .....	50
- Evolution des recettes et des dépenses de la CNAS .....	63
- Evolution de forfait hospitalier .....	65
- Evolution de dépense et de nombre de malades évacuées pour les soins à l'étranger.....	66
- Evolution de dépenses de médicaments .....	67
- Evolution de dépenses des actes médicaux et des autres prestations .....	68
- Evolution de dépenses lieu aux accidents de travail et maladie professionnelles .....	69
- Synthèse des postes de dépenses .....	70
- Quelques indicateurs de comptes nationaux de la santé .....	72
- Evolution des budgets de fonctionnement des établissements de santé en matière de recettes .....	73

## Table des matières

Introduction .....	01
La problématique .....	03
Présentation de l'étude .....	05
Premier partie : les assurances-maladie de la sécurité Sociale .....	07
Chapitre 1 : Concepts de l'assurance maladie .....	08
Section1 : définition et fonctions de l'assurance maladie .....	09
Section 2 : les différents types des assurances maladie dans la monde .....	12
Section 3 : la notion et la Gestion de risque .....	17
Chapitre 2 : les assurances maladie de la sécurité sociale .....	20
Section 1 : définition et Historique de la AMS .....	20
Section 2 : les différences entre AMS et AP.....	22
Section 3 : le financement de la l'assurance - maladie de la sécurité sociale .....	23
Chapitre 3 : Les assurances maladie de la sécurité sociale en Algérie .....	28
Section 1 : la contexte économique et sociale .....	28
Section 2 : les systèmes algériens de Santé et de sécurité sociale et leur rapports .....	31
Section 3 : les organismes d' assurances maladies de la sécurité sociale en Algérie .....	36
Deuxième partie : AMS en Algérie et Le rôle de la CNAS .....	40
Chapitre1 : Présentation général de la CNAS .....	41
Section 1: statut et historique de la CNAS .....	41
Section 2 : L'organisation administrative de la CNAS .....	44
Section 3 : le financement de la CNAS .....	48
Chapitre 2 : les prestations de la CNAS .....	51
Section 1 : Les prestation en Natures .....	52

Section 2 : Les mécanismes de tarification de la prestation en Nature .....	59
Section 3 : Les prestations en Espèces .....	61
Chapitre 3 : la situation actuelle et les perspectives d'avenir .....	62
Section 1 : l'analyse financier de la situation de la C.N.A.S .....	63
Section 2 : la contribution de la C.N.A.S au financement de la Santé .....	71
Section 3 : la réforme de la C.N.A.S et les perceptions d'avenir .....	73
Recommandations .....	76
Conclusion .....	78
Bibliographie .....	79

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## INTRODUCTION

Selon la déclaration universelle des droits de l'homme, tout être humain a droit à un niveau de santé et de bien-être (alimentation, habillement, logement et soins médicaux) en accord avec le respect de sa dignité et de son développement personnel. Chacun doit donc avoir la possibilité de satisfaire ce besoin.

La satisfaction du besoin de santé n'est pas acquise par le seul développement de l'offre de soins. Plusieurs autres facteurs ont une influence sur le plus ou moins grand accès d'une population aux services de santé.

Pour répondre aux problèmes de santé des populations, d'importants efforts ont été consacrés au développement d'infrastructures modernes et à la disponibilité de personnels et des médicaments dans de nombreux pays en développement. Les populations concernées n'utilisent pas ces services autant que l'on pourrait s'y attendre.

Cette question est traitée en profondeur dans de nombreuses publications sur les pays en développement. La plupart des auteurs insistent sur l'accessibilité financière, l'insuffisance des systèmes des assurances maladies et de la sécurité sociale.

Le système de sécurité sociale dans la plupart des pays en voie de développement est profondément touché par les politiques d'ajustements structurelles.

Pour le cas de l'Algérie, le système de sécurité sociale a été fondé durant la période faste de la volonté politique de développement socio-économique engagée au tournant des années quatre-vingt. En effet, c'est à partir de la fin des années soixante-dix, que fut adoptée une approche progressive et régulière d'unification des régimes d'assurance en vigueur et d'élargissement des avantages, contrairement à la période précédente, qui concentrait l'essentiel de l'effort financier public vers le secteur industriel.

Cette intervention se base sur les mêmes fondements sociaux qui ont guidé les plans de développement socio-économiques des années soixante-dix, à savoir un développement aut centré, censés profiter aux larges couches de la population.

La mise en place d'une politique de sécurité sociale généreuse en Algérie est en avance par rapport à celles développées dans la plupart des pays en développement. Cette politique a connu ses débuts d'application à partir des premières années de la décennie 80.

Elle répond à différents objectifs agissant à différents niveaux :

- garantir un accès égal et gratuit aux usagers des services publics de santé;

➤ garantir un niveau de couverture sociale le plus large possible, sans discrimination, de manière à garantir un niveau de prestations suffisamment décent.

Pour la réalisation de ces objectifs, l'Etat s'est doté progressivement d'un cadre institutionnel. Des caisses d'assurances couvrant tous les champs sociaux et une législation fort généreuse octroyant des avantages à la quasi-totalité de la population. La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) s'inscrit dans cet ordre idée.

C'est pourquoi nous avons porté notre réflexion sur le bilan et les perspectives de la C.N.A.S pour mesurer l'importance accordée à l'assurance maladie dans l'activité de cette institution.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **I. La problématique**

Le débat international sur l'organisation et le financement des systèmes des assurances maladies porte sur l'universalisation de la couverture médicale et sur la recherche d'une grande équité dans l'accès aux soins. Il porte aussi sur la recherche d'une plus grande efficacité des systèmes, aussi bien en termes d'offre de soins de qualité qu'en termes de financement de la demande, et de maîtrise de coûts.

Il est remarquable de constater que ce débat anime toute la communauté internationale, tous les pays sans exception, quels que soient le système économique en vigueur, le niveau de richesse national ou le niveau de développement et aussi toutes les organisations qui intègrent maintenant cette problématique comme axe majeur de leur action.

La protection sociale obligatoire, couramment appelée "sécurité sociale", couvre quatre branches : la maladie, la retraite, la famille, l'action sanitaire et sociale. Elle rencontre des difficultés depuis les années 80.

Il existe dans l'opinion courante un postulat négatif : la sécurité sociale est hors de portée des pays en voie de développement parce que leurs capacités financières, techniques, organisationnelles et institutionnelles sont irrémédiablement insuffisantes. Il y a désormais de bonnes raisons de remettre en question le postulat. Ce postulat n'est vrai que s'il porte sur la répliquabilité des systèmes formels des pays les plus riches. Mais il est tout à fait possible de créer des systèmes adaptés au contexte spécifique des différents pays en voie de développement.

Beaucoup de pays en voie de développement disposent déjà d'institutions de sécurité sociale. Les pays à revenu intermédiaire ont des caisses d'assurances maladies et leur problème est souvent d'introduire des réformes pour passer, d'une façon ou d'une autre, à une couverture universelle.

A l'heure actuelle, ces caisses affrontent des difficultés de gestion : la priorité est à leur restriction. Pour que leur assainissement réussisse, se pose logiquement le problème de l'extension de l'assurance maladie des systèmes d'assurances sociales obligatoires.

Dans ce cadre, la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Assurances des travailleurs salariés (C.N.A.S) en Algérie, qui représente la pierre angulaire du système d'assurance sociale du pays, a connu une situation difficile durant la fin des années 80 et les années 90.

Cette situation est aggravée par la détérioration de la situation économique de l'Algérie pendant cette période.

De plus, l'évolution croissante des besoins de la population, la perte considérable d'emplois des entreprises publiques dissoutes ou restructurées (400 000 emplois perdus durant la période du Plan d'Ajustement Structurelles 1994-1997), la stagnation de création de nouveaux emplois, non paiement des cotisations pour de nombreuses entreprises publiques suite à leurs difficultés financières et l'augmentation du nombre de bénéficiaires cotisant à taux réduit (filet social concernant en 1999, 550.000 bénéficiaires). (revoir la phrase.....)

Cependant la C.N.A.S a joué un rôle important dans le financement de la santé qui a atteint durant l'année 2001, 37,4% du total des dépenses sanitaires et 37% de dépense de fonctionnement des hôpitaux.

Le nombre des assurés sociaux passe de 4.764.158 personnes à 1992 à 7.973.434 personnes en octobre 2004.

## II. PRESENTATION DE L'ETUDE

### II.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est l'évaluation des bilans et perspectives du système de sécurité sociale algérien et promouvoir la viabilité des couvertures générales de la population algérienne.

### II.2 Objectifs spécifiques

- i. Mieux comprendre l'importance de l'assurance maladie sociale
- ii. Identifier les difficultés financières susceptibles d'accroître l'insolvabilité du portefeuille de la C.N.A.S
- iii. Analyser les coûts globaux des prestations fournies aux bénéficiaires et les coûts par poste de dépense pour mesurer l'importance accordée à l'assurance maladie sociale dans les activités de la C.N.A.S.

### II.3 Hypothèses de la recherche

L'assurance maladie sociale constitue un outil de financement de la santé durable et équilibré. Les hypothèses que nous proposons de vérifier sont sous-tendues par les objectifs de recherche définis ci-dessus :

- plus de 50% du budget de la C.N.A.S est consacré à l'assurance maladie;

- la situation financière de la C.N.A.S est devenue favorable depuis l'application des mesures visant à réformer le système de sécurité sociale;
- les problèmes de la C.N.A.S découlent de l'évolution rapide de la dépense et le non paiement des adhérents.

#### II.4 Sources bibliographiques

Devant la maladie et la douleur, le revenu ne doit pas constituer une barrière quant à l'accès à des services de santé de qualité. Selon la déclaration universelle des droits de l'homme, la sécurité sociale est un droit universel et tout être humain a droit à un niveau minimum de santé et de bien-être (alimentation, habillement, logement et soins médicaux). En accord avec le respect de sa dignité et de son développement personnel, chacun doit donc avoir la possibilité de satisfaire ces besoins.

A la lumière de cette logique, la présente étude se veut une contribution, étant donné que toute réforme de la sécurité sociale devrait avoir comme point de départ, un diagnostic sans complaisance du secteur et une parfaite compréhension des incitations des acteurs en présence (bénéficiaires, prestataires de soins, caisse de sécurité sociale de l'Etat) et aussi la prévision des perspectives d'avenir.

Les œuvres portant essentiellement sur les assurances maladies de la sécurité sociale sont rares en Afrique. La plupart de ces études ont été réalisées par le Bureau International du Travail (BIT).

En Algérie l'analyse des assurances maladie sociale n'a pas fait l'objet d'une étude spécialisée.

Par contre, les différentes études portent sur la sécurité sociale en général, comme l'ouvrage de LARBI LAMRI "le système sécurité algérien, 2001" qui est un document très riche en matière de données, statistiques et analyses, sur le secteur de sécurité sociale en général. De même l'ouvrage de HANNOUD MOURAD et KHADIR Mohamed intitulé "Précis de sécurité sociale, 1996" aborde décrit le secteur et les lois qui organisent le système de sécurité sociale.

Dans notre étude nous proposons d'évaluer la viabilité financière de la sécurité sociale algérienne.

## II.5 Méthodologie

La méthodologie consiste à faire une revue de littérature dans un premier temps. Dans un second temps nous nous sommes rendus sur le terrain. Grâce à notre stage en Algérie à la C.N.A.S de septembre 2004 en décembre 2004 à la direction de la formation et des personnels nous avons pu collecter les données sur les activités de la C.N.A.S.

Il faut signaler que la collecte de ces données n'était pas facile à cause des modalités administratives contraignantes. Cependant, grâce à la collaboration de la direction de la formation et des personnels, nous avons pu obtenir ces données.

Notre étude est basée généralement sur la méthode descriptive, dans le dernier chapitre nous avons utilisé la méthode analytique pour analyser la situation globale de la C.N.A.S. Nous avons enfin analysé la situation par poste de dépense.

## II – 6 Plan du Mémoire

Le travail comprend deux parties, chaque partie comprend trois chapitres.

- la première partie est consacrée à des réflexions d'ordre général sur l'assurance maladie
- la deuxième partie porte sur le bilan et perspective d'avenir de l'assurance maladie de la sécurité sociale en Algérie à travers le rôle de la C.N.A.S. Cette partie est divisée en trois chapitres, le premier chapitre est consacré à la présentation de la C.N.A.S. Nous étudions dans le deuxième chapitre les prestations de la C.N.A.S. Enfin nous essayons dans le troisième chapitre d'analyser la situation actuelle et dégager les perspectives d'avenir.

**PREMIERE PARTIE :**  
**LES ASSURANCES MALADIES SOCIALES**

CFEAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE I : L'ASSURANCE MALADIE

L'assurance est une fonction économique dont la finalité est de permettre l'indemnisation des dommages survenus aux biens et aux personnes, grâce à la prise en charge d'un ensemble de risques et à leur compensation moyennant le paiement d'une prime ou cotisation par l'assuré à l'assureur.

Les sociétés d'assurance, plus généralement appelées Compagnies d'Assurances, sont du point de vue de la comptabilité nationale des unités institutionnelles regroupées au sein du secteur institutionnel appelé assurance.

On distingue 3 grandes variétés d'assurances :

- les assurances-dommages : elles cherchent à réparer le préjudice que l'assuré a pu subir dans le domaine du vol, de l'incendie...;
- les assurances de responsabilités : elles concernent les dommages causés à un tiers dans les conditions engageant la responsabilité civile.

Les sociétés d'assurance, pour équilibrer leur gestion, doivent compenser les pertes qui se produisent du fait de certains risques, par les gains sur les autres. Pour réaliser cela, il faut rassembler un grand nombre de contrats portant sur les risques divers et répartir dans l'espace les contrats portant sur les risques de même nature. Il faut également, pour assurer un client, connaître la probabilité du risque, car la prime d'assurance dépend de cette probabilité du risque. Cependant, l'assureur doit partager la garantie en cédant à des réassureurs une part du risque qui, à leur tour, rétrocéderont à d'autres réassureurs, permettant ainsi la division infinie du risque.

L'Etat contrôle des sociétés d'assurance par le Conseil National des Assurances et la Caisse Centrale de Réassurance.

En plus de leur rôle de distributrice de sécurité, les assurances jouent un rôle d'instrument d'épargne et de crédit. Elles participent au financement de l'économie en souscrivant aux emprunts d'Etat (ce sont des investisseurs institutionnels); elles contribuent à l'ajustement de la balance des paiements dans le cadre de la garantie qu'elles donnent pour les transactions commerciales et financières avec l'extérieur, ainsi que dans le cadre des assurances-crédits pour le crédit à l'exportation et pour la garantie des opérations d'investissements à l'étranger.

L'assurance se distingue des formes d'entraide traditionnelles qui sont alimentées par des cotisations modestes et dont le montant est fixé de façon aléatoire, en rapport avec les conséquences financières des risques couverts.

Il existe en général 3 types d'assurances maladie : les assurances maladies sociales, l'assurance privée et micro-assurance si on ne compte pas le système mixte d'assurances maladie.

L'assurance est particulièrement adaptée aux soins de santé secondaires et tertiaires. Ceux-ci sont liés à des événements imprévisibles dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux. Il s'agit donc bien de risques qui peuvent être répartis sur un nombre important d'individus. La cotisation ou prime d'assurance sera ainsi faible pour l'assuré au regard des dépenses qu'il aurait à affecter lors de la survenue du risque (s'il n'était pas assuré).

### Section I : Les définitions et les fonctions de l'Assurance Maladie

L'assurance Maladie (1)<sup>1</sup> est un système de financement en avance des dépenses médicales à l'aide de cotisations ou de taxes versées, qui sont réunies dans un fonds commun en vue de payer tous les services ou une partie des services précisés par la police d'assurance ou par la loi.

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

Vogel définissant l'Assurance Maladie (2)<sup>2</sup> "l'Assurance Maladie est mise en commun des fonds détenus par une tierce ou par le pourvoyeur de soins dans le cadre d'une organisation des services de santé intégrés".

L'assurance se définit (3)<sup>3</sup> comme un instrument qui permet à plusieurs personnes de partager les risques. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque.

---

(<sup>1</sup>) Gnerz Huber, Mutuelles de Santé 5 années d'Expérience en Afrique de l'Ouest, Edition GTZ, année 2003 p.74

(<sup>2</sup>) Quatera; les déterminants Socio-économiques de la demande d'assurance maladie privée à Dakar (SENEGAL), MEMOIRE de DESS en Economie de la Santé p : 9 CESAG 2003

(<sup>3</sup>) Mutuelle de Santé en Afrique : caractéristique et mise en place (Manuel en Afrique) BIT : 2003 p : 24

Les assurés en contrepartie du versement de leurs cotisations (ou prime), obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière (prise en charge).

Les risques couverts par la garantie sont précisément déterminés. Les assurés renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer s'ils ne sont pas victimes de ces risques.

La Rousse définit (4)<sup>4</sup> l'assurance maladie comme un système de protection sociale contre les risques liés à la maladie, accordée à tout cotisant ainsi qu'à sa famille.

## II. LES FONCTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE

Même si tout découpage comporte sa part d'arbitraire, on peut, sans grand risque de se tromper, dégager quatre grandes "fonctions" fondamentales du système d'assurance maladie (5)<sup>5</sup> : cadrage de la prise en charge, organisation du système de soins, gestion du risque et allocation de ressources.

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

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

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

Elle comporte aussi un volet financier : quelle somme la collectivité est-elle prête à consacrer chaque année (si l'on reste dans une perspective du budget annuel) à l'ensemble des soins pris en charge collectivement? C'est l'un des objets de la loi de financement de la sécurité sociale.

---

<sup>4</sup> Dictionnaire Petit Larousse Edition 2002 P.19

<sup>5</sup> Agnès COUFFINHAL concurrence en assurance santé entre efficacité et sélection these de doctorat, université Paris IX Dauphine 1992, P.224

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

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

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

Les conditions générales de participation au système de soins sont également un élément de son "organisation". Ainsi des différentes normes de sécurité, ou des conditions et modalités d'accréditation (et, si elles devaient être introduites, de certification (revoir la phrase.....)).

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

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

A cette fonction se rattache évidemment tout ce qui est nécessaire au "pilotage" du système en termes d'information médicale et économique sur son fonctionnement.

- **La fonction d'allocation des ressources**

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

En plus de ces quatre fonctions, l'assurance maladie est un outil de renforcement de la solidarité sociale mais aussi de lutte contre la pauvreté et pour l'équité.

- **La solidarité et l'équité**

La solidarité peut se définir comme le fondement d'une politique s'appuyant sur un principe de justice sociale visant à atténuer les différences de richesse entre les individus.

Pour la santé, elle se traduit par un accès aux services de santé vitaux sans que le pouvoir d'achat soit un critère discriminant. Selon le degré de solidarité la redistribution est plus ou moins forte entre les catégories sociales.

Si tout le monde s'accorde à promouvoir la solidarité, le débat, sur la forme que prend cette solidarité reste souvent imprécis quand il s'agit de mettre en œuvre les politiques de santé.

En matière d'Assurance Maladie, la notion de solidarité est plus présente surtout en cas d'assurances maladie sociale, c'est le cas des mutuelles de santé.

- **L'assurance maladie comme élément de lutte contre la pauvreté**

La maladie est souvent à l'origine d'une pauvreté durable, en particulier lorsque :

- l'un des conjoints, qui assurait l'une des sources – souvent l'unique de revenu de famille, décède ou devient invalide, faute de soins;
- pour faire face à une dépense importante et urgente de soins une famille s'endette lourdement auprès d'un usurier ou vend un bien, notamment un outil de production, à un prix modeste.

Donc si la personne malade est déjà inscrite dans une assurance maladie sociale ou privée, en ce moment là, il peut éviter cette dépense totalement ou partiellement tant que les assureurs payent pour lui.

## **Section II : Les différents types des assurances maladie**

Les différents types des assurances maladies sont <sup>(6)</sup> :

### **I. LES ASSURANCES SOCIALES**

L'histoire des assurances sociales remonte aux années 1880 lorsque le premier système fut institué par le chancelier Bismarck en Allemagne. Le principe en est que les personnes protégées ont droit à un ensemble précis de prestations en échange de leurs cotisations. Ces prestations ne dépendent pas, du moins en théorie, des

---

<sup>6</sup> BIT, Rapport sur le travail dans le Monde, année 2000 P.90

ressources disponibles, comme c'est le cas souvent avec les systèmes financés par l'impôt.

Les cotisations sont obligatoirement et indexées sur le revenu. L'accès aux soins dépend des besoins. Les recettes des caisses d'assurances sociales sont administrées de façon distincte des recettes générales de l'Etat par des institutions autonomes. Celles-ci sont généralement gérées par des conseils d'administration tripartite ou bipartite composés des représentants des personnes finançant le régime d'assurance travailleurs, employeurs et, le cas échéant, l'Etat.

La plupart des pays industrialisés ont adopté des systèmes d'assurances sociales ou des services nationaux de protection de la santé. Dans un premier et second temps, ces systèmes s'appliquent en général aux seuls travailleurs du secteur formel. Leur extension aux autres travailleurs : agriculteurs, travailleurs indépendants, etc... dépend de la croissance économique. La protection s'étend progressivement à des groupes à revenu de plus en plus faible.

L'Etat doit généralement subventionner le système. En outre, l'extension de la protection entraîne d'ordinaire une péréquation tarifaire entre les différents groupes de revenus, et un accord social est nécessaire.

De nombreux pays en développement considèrent le mécanisme des assurances sociales comme un moyen d'accroître les ressources générales dévolues au secteur de la santé, en laissant les personnes relativement aisées (c'est-à-dire les travailleurs du secteur formel) assumer elles-mêmes leurs dépenses de santé, d'où une augmentation des ressources mises à la disposition de ceux qui ne peuvent pas le faire. Les systèmes d'assurances sociales offrent des prestations à une fraction importante (24,6% au Kenya, 10% au Sénégal) de la population dans au moins 13 pays d'Afrique. Le système d'assurance hospitalière du Kenya, par exemple, couvre environ le quart de la population. La plupart des pays d'Amérique latine possèdent des systèmes d'assurances sociales depuis les années trente. De grands pays d'Asie comme l'Inde, l'Indonésie ou les Philippines ont mis en place des systèmes d'assurances qui protègent des millions de travailleurs et de membres de leurs familles. La République de Corée s'est dotée en 1977 d'un système de sécurité sociale regroupant divers régimes d'assurance de moindre importance; douze ans plus tard (1980), ce système couvrait pratiquement l'ensemble de la population. La Thaïlande est l'un des derniers pays à avoir institué un système d'assurance sociale. Une caractéristique notable de ce système réside dans le fait qu'il est parvenu avec un succès remarquable à maîtriser

les frais, grâce aux modalités utilisées (capitation) pour payer l'établissement hospitalier choisi par l'assuré. Toutefois, l'expérience Thaïlandaise a aussi mis en lumière la tendance de ce système à favoriser la fourniture de services de moindre qualité. Pour empêcher cet effet négatif, il est indispensable que le système applique un strict contrôle de qualité.

Les systèmes d'assurances des pays en développement ont souvent du mal à élaborer une politique de recouvrement des cotisations et de fournitures de prestations pour les travailleurs dont les revenus sont très variables, sporadiques ou saisonniers. Ces travailleurs, souvent considérés comme appartenant au secteur informel, sont en général dépourvus de toute protection. De nombreux régimes de protection européens ont résolu le problème des travailleurs indépendants et des travailleurs à revenus irréguliers en leur proposant une application équitable qui ne soit pas de nature à décourager les candidats éventuels ni à imposer une charge supplémentaire excessive aux autres assurés.

Les régimes d'assurances sociales sont particulièrement bien adaptés pour les sous-groupes sociaux qui sont en mesure de financer leurs dépenses de santé, et qui acceptent de le faire sur une base de solidarité et dont les cotisations peuvent être recouvrées facilement.

## **II. L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE**

Les primes des assurances maladies privées sont calculées sur la base de l'équivalence prévisible entre la valeur actuelle des futures primes et la valeur actuelle des futures dépenses de santé.

Les primes dépendent généralement de l'âge au moment de l'adhésion, du sexe et, éventuellement, des risques médicaux courus par chaque individu. Il n'existe pas de primes familiales.

Le principe de base est que l'accès aux soins est déterminé librement selon la capacité de payer. Les personnes qui peuvent acquitter des primes correspondant à des risques spécifiques concluent un contrat d'assurance avec une compagnie d'assurance privée.

L'assurance maladie privée repose sur le principe que tout risque est assurable mais l'assureur est libre de décider de quels risques, il entend assurer et avec qui il veut passer le contrat. Le système ne prévoit pas de répartition des charges entre les différents groupes de revenus. Les personnes qui ont les plus gros besoins (d'où les

primes les plus élevées) perçoivent généralement des revenus inférieurs à la moyenne et ne peuvent faire face à des primes calculées selon le risque.

L'assurance privée s'assortit le plus souvent de frais élevés car l'évaluation des risques exige une information et une analyse détaillées. Se pose également le problème de la sélection : les assurances sont moins bien informés de l'état de santé de leurs clients, ce qui amènera les personnes qui savent que les risques qu'elles encourent se situent en dessous de la moyenne du groupe à quitter le système. De ce fait, les assureurs devront relever le niveau des primes, ce qui entraînera de nouveaux départs. Dans les cas extrêmes, le marché peut s'effondrer complètement et les primes atteindre un taux prohibitif. L'Etat peut résoudre ce problème en rendant l'assurance obligatoire et, dans ce cas, les personnes peu exposées ne sont pas autorisées à quitter le système. En fait, une cotisation de sécurité sociale fonctionne comme une prime d'assurance moyenne.

Les régimes d'assurances privés constituent au mieux un instrument destiné à des groupes sociaux qui souhaitent bénéficier de services supérieurs à la moyenne ou à des personnes qui désirent compléter les prestations du système national de protection de la santé par des services spéciaux. Cette option n'est guère pour couvrir l'ensemble de la population.

### **III. Systèmes mixtes d'assurances sociales et d'assurances privées**

Dans la plupart des pays, il est rare que les systèmes de protection de la santé soient entièrement publics ou entièrement privés. Il existe différents types de systèmes mixtes, dont certaines prestations sont financées, d'une part, sur une base de solidarité et d'autre part par des cotisations privées supplémentaires. On peut citer par exemple les sociétés d'aide médicale du Zimbabwe et les régimes d'assistance médicale d'Afrique du sud, qui assurent une certaine répartition des charges entre les riches et les pauvres mais permettent également d'accéder à des services supplémentaires en échange d'un supplément de cotisation. Dans d'autres pays, de nombreuses personnes complètent les services de la sécurité sociale par des contrats d'assurance privée. On peut également voir les deux systèmes coexister : l'un fonctionne selon le principe de la solvabilité et attire les clients en offrant un meilleur service pour un prix plus élevé, l'autre dessert le reste de la population selon le principe de solidarité.

Les Etats-Unis offrent un exemple de ce modèle. L'assurance privée est autorisée à dominer le marché et il existe deux systèmes de sécurité sociale, Medicare et Medicaid, qui assurent une protection aux "groupes à risque", c'est-à-dire aux

personnes âgées et aux titulaires d'une pension d'invalidité, d'une part, et aux indigents, de l'autre. Les personnes qui ne possèdent pas d'assurance privée et qui ne peuvent bénéficier ni de Medicare ni de Medicaid demeurent sans protection. En 1997, l'année la plus récente pour laquelle le Bureau des recensements des Etats-Unis dispose de chiffres, plus de 43 millions de personnes, soit 16 pour cent de la population, étaient dépourvues de toute assurance maladie. La plupart de ces personnes travaillaient ou vivaient avec une personne pourvue d'un emploi.

#### **IV. Micro- assurance (les mutuelles de santé)**

La micro - assurance est stratégie complémentaire visant à promouvoir l'accès des exclus aux soins de santé. Elle repose sur le principe suivant : les groupes sociaux qui ne sont pas protégés ou qui sont mal protégés par les systèmes existants définissent leurs besoins prioritaires. Ces besoins peuvent être assurés si les membres du groupe sont disposés à contracter cette assurance moyennant paiement. Les groupes peuvent avoir pour point commun le lieu de résidence, la profession, l'origine ethnique ou le sexe. La micro assurance est différente d'une simple forme d'assurance ou de financement des soins de santé. C'est une sorte d'organisation sociale fondée sur les concepts de solidarité et de mise en commun des risques, ce qui suppose la participation active des membres de chaque groupe. Généralement, ces groupes sont déjà organisés, et fournissent par exemple des facilités à leurs membres pour obtenir de petits crédits. La micro- assurance favorise donc fréquemment un élargissement de leurs activités. Ces organisations peuvent utiliser une partie des excédents dégagés par leurs activités principales pour subventionner l'assurance maladie. Elles peuvent également obtenir des subventions des pouvoirs publics, des organismes internationaux d'aide (en particulier pour le capital de départ) et, dans certains cas, des compagnies d'assurance appartenant à l'Etat.

La participation des membres se concrétise dans les domaines suivants : définition des besoins prioritaires, fixation des primes d'assurance, gestion et contrôle du système, éducation et prévention pour promouvoir la santé, négociation avec les pouvoirs publics, avec les organismes de sécurité sociale et avec les prestations de soins et, dans certains cas, cogestion partielle des soins de santé. La capacité de ces groupes de mettre en place des régimes de micro – assurance permet de mobiliser des ressources supplémentaires, de susciter une demande viable de services, de réduire les coûts, en particulier les coûts de transaction, et de mieux cibler les subventions publiques sur

les catégories ç faibles revenus qui, autrement, ne pourraient pas accéder aux soins. Toutefois, les systèmes de micro – assurance ne sauraient constituer le principal d'un système national de financement des soins de santé.

### Section III : La notion et gestion de Risque Maladie

#### I. LA NOTION DE RISQUE

Le risque correspond à l'éventualité qu'un événement futur, bon ou mauvais, se produise par l'extension, le terme "Risque" désigne un événement indésirable contre la survenue duquel une assurance est souscrite; les principaux risques sociaux sont : la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage et le décès.

La maladie peut provoquer des dommages durables et parfois irréversibles sur la santé de l'individu, elle constitue donc un risque pour la santé s'il n'est pas assuré. L'individu peut être dans l'incapacité de faire face aux dépenses nécessaires à son rétablissement, accroissant ainsi le risque que la maladie fait courir à sa santé, la maladie peut provoquer des pertes. Enfin, la maladie peut entraîner une incapacité de travail momentanée ou durable et donc une perte de revenus sur le plan financier; les risques se répartissent habituellement en deux catégories (7)<sup>7</sup>, les gros risques et les petits risques.

##### I.1 Les gros risques :

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses importantes pour les soins (hospitalisations, interventions chirurgicales, accouchements dystociques et autres actes spécialisés). La probabilité de survenue de ces événements est faible. L'effort financier qu'ils demandent est en revanche hors de portée de la plupart des familles. Peu d'individus sont en effet en mesure de financer eux-mêmes et intégralement une intervention lourde, surtout si celle-ci nécessite de recourir à des prestations de soins éloignés.

##### I.2 les petits risques :

Ils concernent les cas plus bénins qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence de survenue est nettement plus élevée que celle des gros risques.

---

<sup>7</sup> Mutuelle de Santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place (Manuel de BIT, Edition 2004) p.17

Sont inclus, par exemple, dans cette catégorie, les soins infirmiers et les consultations ambulatoires.

Très schématiquement, les petits risques se situent à la base de la pyramide sanitaire, au niveau des soins de santé primaires. Les gros risques interviennent aux échelons supérieurs de cette pyramide, au niveau des soins de santé secondaires et spécialisés.

### I.3 Aversion pour le Risque :

Cette aversion pour le risque prend naturellement sa source dans une supposition sur les fonctions d'activité, les autres supposent un jeu dans lequel un individu qui a un Revenu  $B_0$  avec une utilité  $U(B_0)$  mais sachant qu'un risque crée extérieurement (sur lequel il n'a aucun contrôle) peut réduire son revenu or  $B$ , avec une utilité  $U(B_1)$ .

Si ce risque se produit avec une probabilité  $p$ , son revenu escompté est (8)<sup>8</sup> :

$$E(B_0) = P U(B_1) + (1 - P) U(B_0)$$

Ce genre de fonction part du principe que les individus agissent de façon à maximiser l'utilité escomptée, pour cela ils s'assurent contre le risque.

Tableau N° 1 : Les attitudes face au Risque : l'assurance est tout le contraire des jeux du hasard

<b>TYPE DE PERSONNE</b>	<b>ATTITUDE FACE AU PARI</b>	<b>ATTITUDE FACE A L'ASSURANCE A PRIME INEQUITABLE</b>
Aversion pour le risque	Chances favorables	Pourrait souscrire
Neutralité pour le risque	Parier sauf quand les chances sont défavorables	Ne souscrira pas
Amour du risque	Même avec chances défavorables	Ne souscrira pas

Source : Ousseynou DIOP, Cours d'Assurance Maladie et Mutualité en Afrique

CESAG 2004

Les plans d'assurance peuvent aussi classer des groupes entiers par catégories de risque tout comme ils le font pour les particuliers, par exemple les mineurs des mines de charbon peuvent avoir payer une prime plus élevée que les universitaires parce que leur occupation est plus dangereuse.

<sup>8</sup> Charles Phelps "les fondements de l'économie de la santé, (Nouveaux Horizons)" P.65

## II. GESTION DE RISQUE

Les plans assurances maladie s'exposent à certains risques ceux, notamment d'anti-sélection, de risque moral, d'escalade des coûts, ces risques peuvent être réduits au minimum par une planification et une gestion prudente.

### II.1 Le risque d'anti-sélection ou la sélection adverse :

Lorsqu'un plan d'assurance assure un grand nombre de personnes à risque élevé de maladie ou de blessure grave comme les maladies chroniques, le plan d'assurance malade connaît un problème d'anti-sélection. Le moyen le moins coûteux d'y remédier est d'assurer des catégories de personnes sur la base de caractéristiques autres que l'état de santé comme l'appartenance à un syndicat ou à d'autres associations de travailleurs, le risque couvert étant ainsi soumis au jeu de hasard. Les gouvernements ont le pouvoir d'imposer ce genre de pratique sur le marché de l'assurance et ils le font souvent pour l'assurance des véhicules ou de la propriétaire foncière.

A long terme, la façon la plus coûteuse de remédier à ce problème est de ne rien faire. Dans ce cas, les compagnies d'assurances sont obligées d'écarter les personnes à haut risque, de plafonner la couverture du risque ou de faire payer des primes d'un taux prohibitif, laissant à l'Etat le soin d'absorber le coût des soins.

### II.2 le Risque moral :

Il y a risque moral lorsque les adhérents d'un plan d'assurance maladie utilisent les services plus souvent qu'ils ne l'auraient fait s'ils n'avaient pas été affiliés à un tel plan. Ainsi, "une probabilité de 1/10.000 de perte pour tous les membres d'un groupe peut en faire tomber 1/9.000 en moyenne lorsque les gens ont délivré au plan d'assurance parce qu'ils n'ont plus à payer le prix intégral des notes médicales si les changements de probabilité deviennent suffisamment significatifs, une compagnie d'assurance peut cesser d'être économiquement viable" <sup>9</sup>.

Les compagnies d'assurances peuvent réduire le portefeuille de risque moral en obligeant leurs clients à payer une partie du coût des soins avant la prise en charge par l'assurance, en déterminant attentivement les conditions d'utilisation de services médicaux, en maintenant les primes d'assurances à un niveau élevé et en limitant leurs

---

<sup>9</sup> Le financement de la soins de santé dans le monde (Manuel BIT Edition 2002 p.311

prestations. Souvent, un système de tickets modérateurs ou de franchises est utilisé par exemple, le plan d'assurances peut exiger que le client paie 25% de toutes les notes d'hôpital (ticket modérateur) ou un certain montant déterminé à l'avance avant la prise en charge par l'assurance (franchise).

### II.3 Le Risque d'escalade des prix <sup>(10)</sup>

Les médecins tout comme les consommateurs peuvent provoquer une escalade des prix. Les médecins peuvent le faire en prescrivant un traitement plus élaboré que cela n'est nécessaire, sans guère de résistance. De plus, dans les pays en développement, les compagnies d'assurances se trouvent confrontées à des problèmes uniques qui contribuent à l'escalade des prix. Les compagnies d'assurances ajoutent ce qu'elles appellent une "charge" aux coûts de base des soins médicaux. Cette charge comprend les frais administratifs, elles réduisent la valeur de l'assurance pour client, et le paiement des primes aura moins de chances de demeurer une alternative viable à l'acceptation des risques de catastrophes.

## CHAPITRE II : L'ASSURANCE MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE

L'assurance maladie de la sécurité sociale est un mécanisme qui permet de répartir la charge de coûts directs des soins médicaux dispensés aux patients, soit sur une certaine période au lieu d'avoir à payer ces coûts au moment et à l'endroit mêmes où les soins sont dépensés. Soit entre un groupe de personnes qui partagent le risque du coût des soins médicaux.

Le régime d'assurance maladie sociale, financée par les cotisations des employeurs et des assurés et peut-être aussi par des subventions du gouvernement, eut également permettre de trouver et de récupérer des fonds publics supplémentaires susceptibles d'être affectés d'une façon compatible avec les objectifs de la politique de santé. Les coûts des soins médicaux seront alors répartis entre les membres d'un groupe beaucoup plus large, peut-être entre tous les contribuables.

### Section I : Définition et historique de l'AMS

#### I. DEFINITION

---

<sup>10</sup> Le financement de la soins de santé dans le monde (Manuel BIT Edition 2002 op.cit. p.312

I.1 L'assurance maladie sociale est un système d'assurance maladie où les employés et leurs membres de famille sont obligés par la loi de contribuer <sup>(11)</sup>.

I.2 Le terme "Assurance maladie de la Sécurité sociale" est utilisé pour décrire une méthode de financement et de gestion de soins de santé <sup>(12)</sup> qui dépend, pour ses ressources, des cotisations obligatoires des employeurs et des travailleurs, et parfois aussi des subventions du gouvernement dans le cadre de laquelle les risques individuels. Pour la santé, conditions préexistantes, âge invalidité, etc...n'ont aucune influence sur le montant des cotisations où ne débouchent pas inévitablement sur une exclusion de la protection dans laquelle les cotisations sont souvent basées sur la capacité de payer dans laquelle le concept prévalu est celui de l'activité non lucrative.

## II. HISTORIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE SOCIALE

Le travail pionnier en matière de législation sociale fut initié dans les années 1880 en Allemagne, afin de couvrir l'assurance maladie et accident et les retraites des ouvriers et des employés, l'assurance minière, etc...

De nos jours près de 90% de la population des pays européens est couverte par une assurance maladie obligatoire <sup>(13)</sup>.

L'histoire a retenu que c'est Bismarck, chancelier Allemand, qui voulant se rallier la classe ouvrière gagnée par les idées de la sociale démocratie, eut l'idée d'instituer dans son pays, à partir de 1883 les assurances sociales; ce nouveau système de protection sociale est une adaptation de la mutualité et couvre les risques maladie, invalidité maternité, vieillesse et décès.

Toutefois, à la différence du système mutuel, les assurances sociales présentent des avantages représentés par le caractère obligatoire et non plus facultatif, un financement constitué par des cotisations patronales et salariales et une proportionnalité entre les niveaux des prestations et celui des cotisations.

C'est la supériorité de ce système de protection sociale sur les formes antérieures qui a facilité son extension aux autres pays industrialisés et notamment à la Grande Bretagne. (C'est en 1942, que WILLIAM BEVERIDGE publie un rapport élaboré à la

---

<sup>11</sup> Gotz Huber, Jurgen Hohmann, Kirstan Reinhard, mutuelles de santé 5 années d'Expérience en Afrique de l'Ouest, édition GTZ : 2003 P : 74

<sup>12</sup> L'assurance Maladie de la Sécurité Sociale Op. Cit. P.96

<sup>13</sup> Gotz Huber, Jurgen Hohmann, Kirstan Reinhard, mutuelles de santé 5 années d'Expérience en Afrique de l'Ouest, op. cit. P : 74

demande de son gouvernement. Ce rapport propose une politique sanitaire et définit les fondements de la sécurité sociale financé par l'Etat à la Belgique (en 1943) à la France (la première loi sur l'assurance maladie sociale en France est de 1930) et après aux autres pays du Monde (<sup>14</sup>).

Et c'est à ce stade de l'histoire que se situe le passage de la prévoyance libre, représentée par le système des mutuelles; la prévoyance obligatoire constituée par les assurances sociales et de nos jours près de 90% de la population des pays européens est couverte par une assurance maladie obligatoire.

## Section II : LES DIFFERENCES ENTRE ASSURANCE MALADIE SOICIALE ET ASSURANCE PRIVEE

La comparaison entre "l'assurance sociale et l'assurance privée a été faite par WILLIAM HSIAO dans (<sup>15</sup>) le financement des soins de santé dans les pays du sud". Elle porte sur la manière de souscription qui est obligatoire pour l'assurance sociale dès lors qu'on est éligible et la prime versée n'est pas fonction du brisque mais par prélèvement fonctionnel sur le salaire.

Alors que pour l'assurance privée, l'adhésion est libre et la prime à payer est calculée selon les risques caractéristiques des personnes; elle est en relation avec les avantages attendus, l'adhésion peut être collective (groupe) ou individuelle. Faisant cette comparaison HSIAO a montré les difficultés que pourrait avoir l'assurance sociale. Ces difficultés résultent dans le fait qu'elle soit dirigée par le gouvernement et soumise aux aléas politiques, ce qui peut entraver sa bonne marche.

### I. En terme de Risque

Par définition, l'assurance maladie de la sécurité sociale est basée sur la notion de la mise en commun des risques et des ressources, cette option n'est financièrement viable que si les facteurs de risque pour la santé associés au groupe des affiliés sont "compensées" ou "équilibrés" par les recettes tirées des cotisations et des transferts publics dans les régimes privés d'assurance – maladie. Les risques aussi bien en cas de malade non professionnelle qu'en cas d'accident de travail sont à la charge de l'individu. Ces régimes utilisent différentes méthodes pour contrôler la combinaison des risques et leur propre équilibre financier.

---

<sup>14</sup> Mutuelles de Santé en Afrique : Edition GTZ année 2003 op. cit. P 74

<sup>15</sup> Oualata, mémoire DESS, CESAG, op. cit. p.10

## II. En terme (en fonction) de cotisations

Dans les régimes privés d'assurance maladie, les individus payent leurs primes en fonction de :

- a. les primes sont la plupart du temps fixés au niveau individuel, ce qui signifie que leur montant dépend de l'age et du sexe de l'intéressé (e);
- b. les maladies ou incapacités préexistantes ont une influence sur le montant des primes;
- c. l'exclusion des personnes qui ont déjà été victimes de certaines maladies ou incapacités est un instrument couramment utilisé par les régimes d'assurance privée;
- d. dans de nombreux pays, il est habituel d'annuler le contrat d'assurance dès le déclenchement d'une maladie chronique ou dès que l'assuré commence à déposer des demandes de remboursement d'un montant élevé.

Enfin, il convient de se rappeler que la principale différence entre l'assurance sociale et l'assurance privée est que la plupart des régimes privés sont des organisations à but lucratif comme le sont toutes les autres organisations non gouvernementales volontaires, cela implique un facteur de coût qui est lui aussi pesé sur le montant des primes.

## Section III : LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE

Bien que l'assurance maladie de la sécurité sociale soit essentiellement financée par des cotisations, elle tire également ses recettes d'autres sources importantes, tels que les transferts du budget de l'Etat, les ticket modérateurs, le paiement des services et les ventes et d'autres services tels que les amendes et les intérêts produits par l'investissement des réserves.

### I. LES COTISATIONS

Il existe trois grands types de cotisations à l'assurance maladie de la sécurité sociale :

- a. la cotisation forfaitaire (souvent utilisée lorsque la situation ne permet pas d'évaluer correctement les revenus et les salaires);
- b. la cotisation en fonction des tranches de revenus (souvent utilisée pour les travailleurs indépendants);

- c. la cotisation fixée en pourcentage des salaires et des revenus. Chaque type de cotisation est adaptable aux méthodes définies pour calculer le taux de cotisation et la méthode de recouvrement.

### I.1 Le taux de cotisation

Les deux premiers types de cotisation sont sans doute plus faciles à gérer lorsqu'il s'agit de pays ou de groupes de population où les salaires et les revenus sont difficiles à évaluer avec précision. Dans de nombreux pays, les cotisations sont liées aux salaires sous une forme ou sous une autre. Leur montant peut être égal à un pourcentage du salaire ou une somme fixe pour les personnes dont le revenu professionnel est inférieur à un certain plancher.

Il existe une formule mathématique qui peut être utilisée pour le calcul des cotisations liées aux salaires; elle sert souvent à déterminer le taux de cotisation général (en pourcentage) nécessaire pour couvrir les coûts de la série de prestation proposée, les coûts administratifs et la constitution des réserves, il convient toutefois aussi d'assurer que la viabilité future du taux ainsi calculé soit acceptable <sup>(16)</sup>.

Le Taux de Cotisation (TC), en pourcentage est égal au total annuel des dépenses de prestations, aux frais d'administration et au moment qu'il convient d'affecter chaque année aux réserves pour les imprévus, multiplié par 100, divisé par le montant annuel total des gains assujettis à l'assurance comme indiqué ci-dessous /

$$TC = \frac{(\text{coût des prestations} + \text{coûts administratifs} + \text{variation de réserves}) \times 100}{\text{Total des gains assujettis}}$$

Lorsque l'on détermine le taux de cotisation, il importe de se rappeler que même si ce taux est presque toujours lié aux salaires, la prestation de soins de santé, elle, est forfaitaire.

### I.2 politiques et méthodes de détermination de (TC)

La nature des prestations proposées aux assurés a bien entendu un impact majeur sur le coût desdites prestations. Une gamme de prestations meilleure et plus complète que les autres impliquera un taux de cotisation plus élevé. Ce taux doit être donc déterminé en étroite collaboration avec les personnes chargées de définir la gamme de

---

<sup>16</sup> Assurance maladie de la sécurité sociale (Mutuelle du BIT) P.34

prestations, et un programme doit être trouvé entre ce qui est souhaitable et ce qui est faisable.

La convention N° 130 de l'OIT <sup>(17)</sup> concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie (1960) stipule que les régimes d'assurance maladie de la sécurité sociale doivent couvrir les conjoints et enfants à charge, mais tel n'a pas toujours été le cas, du moins dans la phase initiale des régimes. Lorsque le nombre de cotisation correspond exactement au nombre des ayants droit, il est relativement facile d'en tenir compte directement dans le calcul des taux de cotisations.

Dans nombreux pays, salariés et employeurs partagent les cotisations de diverses façons : sur un pied d'égalité (comme en Allemagne) ou bien encore avec une part plus importante à la charge de l'employeur (comme en Espagne et en Russie). Il est important que le taux de cotisation fixé soit supportable à la fois pour l'employeur et pour le salarié. Même lorsque le taux de cotisation de l'employeur est accepté comme faisant partie des coûts salariaux, il peut arriver (lorsqu'il est lié aux salaires) qu'il serve d'argument à l'employeur pour maintenir arbitrairement les salaires à un niveau plus faible que la monnaie. De même, le taux de cotisation peut dissuader l'employeur d'embaucher davantage de personnel et par conséquent avoir un effet négatif sur le niveau de l'emploi. Il faut tout faire pour éviter que cela ne se produise, surtout si l'économie se trouve dans une phase de développement.

### I.3 Le Recouvrement des cotisations

Les régimes d'assurance – maladie sociale étant contributifs, les dispositions adoptées pour le recouvrement des cotisations sont particulièrement importantes. Ces dispositions sont à peu près les mêmes que pour le recouvrement des cotisations à l'assurance sociale tout comme d'ailleurs, les problèmes de recouvrement et de non respect de l'obligation de paiement des cotisations.

Il existe pourtant une différence de taille entre les régimes qui gèrent des prestations en espèces (tels que les régimes de retraites et le régime de prestations de maladie) et les régimes d'assurances maladie. Dans le second cas, ni l'employeur ni le salarié n'ont intérêt à déclarer le niveau exact des revenus puisque les prestations ne sont pas liées aux cotisations. Ils sont incités à déclarer les revenus les plus faibles possibles. Pour les régimes d'assurance maladie liés aux revenus, cela implique des contrôles

---

<sup>17</sup> l'assurance maladie de la sécurité sociale (manuel N° 5 de la série BIT) Op. Cit. p.34

beaucoup plus stricts. C'est aussi une raison de plus pour que lorsqu'il existe plusieurs branches de la sécurité sociale basées sur des cotisations, l'évaluation des revenus et les mécanismes de recouvrement des cotisations leurs soient communs.

## II. LES TRANSFERTS DU BUDGET DE L'ETAT

Certains pays ont décidé de financer une partie de leur régime d'assurance maladie de la sécurité sociale avec des subventions de l'Etat. Les transferts sont censés représenter des cotisations, car ils sont payés au titre de la partie de la population couverte par l'assurance maladie de la sécurité sociale qui ne perçoit pas de revenu primaire (par exemple les enfants, les femmes au foyer, les chômeurs, les bénéficiaires de l'aide sociale et les retraités).

Dans d'autres pays, les subventions de l'Etat à l'assurance maladie sont payées au titre de services liés à la santé publique (vaccinations, examens médicaux, services de prévention tels que les soins pénales, etc...), mais payés et organisés par le régime d'assurance maladie de la sécurité sociale.

Dans de nombreux pays où l'Etat est censé payer une grande partie de cotisation (jusqu'à 60% dans certains cas), la situation est souvent problématique.

- Il est fréquent que l'Etat, à cause de la situation budgétaire du moment n'assume pas ses obligations légales, d'où des déficits pour le régime d'assurance maladie; ce dernier n'a que peu de chances de pouvoir un jour se retrouver en situation de rembourser ses dettes;
- L'Etat, en échange de ses subventions, exige d'exercer une forte influence sur le régime d'assurance maladie qui, de ce fait, n'est plus un organisme autonome mais devient une administration publique comme les autres;
- Dans certains pays (par exemple en Slovaquie) il existe même des problèmes constitutionnels, car l'Etat affecte une partie de son budget à un autre organisme;
- Si tous les contribuables ont accès à l'assurance maladie de la sécurité sociale, la seule justification des subventions de l'Etat est celle d'une meilleure équité contributive.

## III. LES TICKETS MODERATEURS

Selon le BIT <sup>(18)</sup>, les tickets modérateurs devraient être considérés comme une source de financement de l'assurance maladie de la sécurité sociale, et ce même lorsqu'ils sont payés directement aux fournisseurs et ne passent donc pas par le budget de la caisse maladie.

Les tickets modérateurs sont un instrument dont certains analystes considèrent qu'il réduit la consommation. En fait, la plupart des experts sont unanimes à affirmer que même si cet instrument permet d'obtenir des fonds, il n'influence guère le comportement du patient.

Cela s'applique par le fait que la plupart des patients s'ont aucune influence sur la structure et le volume de leur consommation à de rares exceptions près telles que les prothèses dentaires (domaine dans lequel la prévention peut réduire la consommation dans des proportions significatives).

Il existe différents types de tickets modérateurs :

- les tickets modérateurs forfaitaires par acte ou par service prescrit;
- les tickets modérateurs qui sont fonction du volume (et non du prix) des actes prescrits;
- les tickets modérateurs déterminés par tranche de prix;
- les tickets modérateurs sous forme de pourcentage.

Dans certains pays, par exemple en France, il existe un système très sophistiqué d'exemption de paiement du ticket modérateur pour les groupes à faibles revenus. En Allemagne, les autorités plafonnent le total des tickets modérateurs payés dans l'année, en le limitant à un certain pourcentage du revenu de l'intéressé.

#### IV. LES SERVICES PAYATS, LES VENTES, LES INTERETS ET LES AMENDES

Bien qu'accessoires, les autres sources de recettes pour un régime d'assurance maladie de la sécurité sociale sont :

- les services payants et les recettes tirées de la vente des installations et équipements dont le régime était propriétaire;
- les intérêts produits par l'investissement des réserves (les régimes d'assurance maladie devraient constituer des réserves égales deux à trois mois de dépenses afin de pouvoir toujours disposer des liquidités nécessaires). Plus la caisse

---

<sup>18</sup> L'Assurance Maladie de la sécurité sociale, Manuelle de BIT GP. Cit. p.101

maladie est de grande taille, moins elle a besoin de réserves importantes puisqu'arithmétiquement les risques sont plus dilués;

- les amendes (les régimes d'assurance – maladie peuvent faire payer des amendes en cas de retard du paiement, cela peut se justifier par un coût supplémentaire de recouvrement des cotisations et par une perte d'intérêts.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE III : LES ASSURANCES MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE

### Section I : Le contexte économique et social

L'Algérie est un pays d'une superficie de 2.381.741 km<sup>2</sup> pour une population de 32 millions d'habitants dont 45% vivent en milieu rural.

Le PIB par habitant est 2093 \$ US, faisant de l'Algérie dans le jargon de la Banque Mondiale PRITI (Pays à Revenu Intermédiaire Tranche Inférieure) comme beaucoup d'autres pays en développement. L'Algérie a connu, vers le milieu des années 80 une crise de surendettement qui l'a conduit à subir un programme d'ajustement structurel avec comme conséquence un recul de l'investissement public dans les secteurs sociaux.

Pour autant, au cours de cette décennie, la croissance de l'économie a été relativement faible, en raison de sa sensibilité aux aléas climatiques, intérieurs et aux aléas conjoncturels extérieurs.

Le niveau de cette croissance, par conséquent, n'a pas pu être suffisant pour créer assez d'emplois et résorber le chômage, réduire la pauvreté et élever le niveau de vie moyen de la population.

Tableau N° 2 : Les indicateurs économiques en Algérie

INDICATEURS ECONOMIQUES	2001	2002	2003
PIB Milliards de DA PIB..... de dollars A	4235	4455	5149
PIB par habitant	\$ 1775	\$ 1783	\$ 2093
Valeur globale des échanges	Importation : \$ 12,22 Milliards Exportation : \$ 20.00 Milliards	Import \$ 14.49 milliards Exportation : \$ 20.01 Milliards	Import : \$ 16.24 milliards Exportation : \$ 26.03 Milliards
Excédent commercial	\$ 7.78 milliards	\$ 5.52 milliards	9.79 milliards
Excédent de la balance courante	\$ 6.78 milliards (12.3 PNB)	\$ 4.36 milliards (7.8 PNB)	8.90 milliards (13.7% PNB)
Solde du compte de capital	- \$ 0.87 milliards	- \$ 0.71 milliards	- 1.31 milliards
Inflation : en moyenne annuelle	4.2%	1.4%	2.5%
Croissance du PIB	2.1%	4.1%	6.8%
Croissance du PIB (hors hydrocarbures)	4.6%	4.2%	6.1%
En cours de la dette au 31/12	\$ 22.57 milliards	\$ 22.64 milliards	\$ 23.20 milliards
Service de la dette	22.3% des exportations	20.07% des exportations	18.2% des exportations
Réserve de changes au 31/12	17.96 milliards (18 mois d'importations)	\$ 23.10 milliards (23 mois d'import)	32.94 milliards (33 mois d'import)
Rapport dette / PIB	41.19 %	40.50 %	35.64 %

Source : site : présidence de la république : [www.PR.dz](http://www.PR.dz) : 6/04/05, 17 ; 30

## II. SITUATION DEMOGRAPHIQUE

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a amorcé une base conséquente de la mortalité, contrairement à la natalité et la nuptiale qui ont connu une remontée spectaculaire, phénomène de "récupération classique" observé après guerre.

Dès le milieu de la décennie 80, la tendance démographique est celle de la transition démographique accélérée.

En effet, en 1985 une chute brutale de la fécondité des femmes algériennes a signé l'amorce de la deuxième phase de la transition, le taux d'accroissement naturel est passé pour la première fois depuis l'indépendance en deçà des 3%. Les tenseurs de ce revirement sont souvent expliqués par le recul de l'âge au premier mariage et la diffusion de la contraception moderne. Il y a également lieu de souligner que vers

1983, on a vu naître le premier programme national de maîtrise de la croissance démographique en Algérie (<sup>19</sup>).

Ce processus de transition se poursuit et manque de nouveau une accélération à partir de l'année 1995, en ce sens qu'en 2000 le taux brut de natalité est passé sous la barre de 20 pour 1000 (19.8.p.1000) : désormais l'Algérie fait partie des pays à fécondité modérée.

La population algérienne, a été estimée à 32.08 millions habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'augmentation a été de 4.88 millions de personnes par rapport à 1994.

Notons que l'espérance de vie à la naissance en Algérie selon le rapport de l'OMS 2004 est : 71 ans pour les femmes et 68 pour les hommes.

Tableau N° 3 : Volume de la population, natalité, mortalité et accroissement naturel (niveau national, 1994-2003)

Année	Population au 1.1 (en millions)	TNB (pour 1000 habitants)	TBM (pour 1000 habitants)	TAN (en %)
1994	27.2	28.24	6.56	2.17
1995	27.8	26.33	6.43	1.89
1996	28.3	22.91	6.03	1.69
1997	28.8	22.51	6.12	1.64
1998	29.3*	20.58*	4.87*	1.57*
1999	29.7*	19.82*	4.72*	1.51*
2000	30.2*	19.3*	4.59*	1.48*
2001	30.6*	20.403*	4.56*	1.55*
2002	31.1*	19.68*	4.41*	1.53*
2003	31.6*	/	/	/

Source : le développement de système national de santé, Rapport du Ministère de la Santé et Réforme hospitalière en Algérie – P. : 18

### III. SITUATION SANITAIRE

L'Algérie est dans une phase de transition épidémiologique marquée par la persistance des maladies transmissibles (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses) dites maladies de la pauvreté, caractéristiques des pays en voie de développement. A cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles, dites maladies de l'opulence (cancers, diabète, affections cardiovasculaires, rénales, neurologique et respiratoires chronique), prédominantes dans les pays développés. Le poids de ces affections, qui nécessitent une prise en charge

<sup>19</sup> Rapport Ministère de la Santé Algérien 2004 P.18

médicale lourde et onéreuse, va s'accroître avec le vieillissement de la population. Une préoccupation supplémentaire est constituée par les problèmes de santé mentale, dont l'ampleur actuelle et les effets à long terme ne sont pas à négliger.

Section II : les systèmes de la santé et de la sécurité sociale en Algérie et leurs rapports.

### I. Le système de santé algérien

Le système de santé algérien a connu des modifications importantes depuis l'indépendance. Il est actuellement régi par la loi 85-05 du 10 février 1985, modifiée et complétée en 1990. Il convient de signaler qu'un avant projet de loi sanitaire a été élaboré et devrait être soumis aux procédures visant son adoption. Ce nouveau texte de loi, tient compte de l'évolution importante du contexte national, ainsi que des besoins nouveaux au plan socio-sanitaire.

#### I.1 Organisation générale

L'organisation actuelle du système national de santé montre les différents niveaux opérationnels de ce système <sup>(20)</sup>.

##### I.1.1 L'échelon central

Au niveau central, le ministère comporte actuellement dix rections institutionnalisées par décret, coordonnées par le secrétaire général. De plus, au niveau central, des comités nationaux, sectoriels ou intersectoriels relèvent de l'autorité directe du ministère chargé de la santé et de la population. Ces comités ont un mandat consultatif, mais jouent un rôle important dans le développement, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de santé.

Par ailleurs, des institutions des recherches et des formations (au nombre de 10) sont placées sous la tutelle du ministère et gérées par les conseils d'administration. Les modes de gestion définissant leur caractéristiques en tant qu'établissement à caractère administratif (EPA) ou un statut d'établissement à caractère industriel et commercial (EPIC).

---

<sup>20</sup> Santé des algériennes et des algériens, Rapport du MSRH décembre 2004 P.86

### I.1.2 L'échelon régional

Dans le souci d'adapter l'offre de soins aux besoins des populations et d'assurer le principe d'équité et d'égalité en matière d'accès aux soins, la régionalisation sanitaire a été instituée en 1995. Le Conseil Régional de la Santé est un organe consultatif multisectoriel chargé de promouvoir la concertation entre les intervenants et la société civile aux fins des orientations stratégiques, de la prise de décision et plus particulièrement à l'effet de mobiliser les ressources. Les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), sont au plan juridique et fonctionne, conçus comme les annexes de l'Institut National de Santé Publique et exercent une mission spécifique liée à l'information sanitaire.

Il existe cinq régions sanitaires dans le pays. Ce sont les régions centre (Chef lieu : Alger), Est (Chef lieu : Constantine), Ouest (Chef lieu : Oran), Sud-est (Chef lieu : Ouargla) et Sud-ouest (Chef lieu : Bechar). Dans les faits, cet échelon régional reste relativement virtuel, dans la mesure où il n'existe pas d'autonomie financière au niveau de la région et qu'elle reste mal définie au plan statuaire.

### I.1.3 L'échelon de la wilaya

L'Algérie est constituée de 48 wilayas. La Direction de la Santé et de la Population est régie par le décret exécutif n°97-261 du 14 juillet 1997. Ses missions relèvent de la collecte et de l'analyse de l'information sanitaire, de la mise en œuvre des programmes sectoriels d'action sanitaire et leur évaluation. La DSP coordonne les activités des établissements et structures de santé. Chaque wilaya est dotée d'un laboratoire d'hygiène.

La direction de la santé et de la population exerce sa tutelle et son contrôle sur les structures du secteur privé (cabinets médicaux, pharmacies, laboratoires cliniques privées...) ainsi que sur les établissements publics de santé. Ceux-ci sont représentés par les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) et par les secteurs sanitaires. Les EHS sont au nombre de 32 dans le pays et regroupent des hôpitaux psychiatriques, et d'autres hôpitaux de spécialité (cardiologie, neurologie, néphrologie, maladies infectieuses...).

Les secteurs sanitaires sont au nombre de 185.

Le secteur sanitaire constitue une entité administrative correspondant à un bassin de population, généralement de 100.000 à 200.000 habitants, regroupant un hôpital et des structures extrahospitalières. Le nombre de secteurs varie d'une wilaya donnée à une

autre (un secteur sanitaire seulement dans la wilaya de Tindouf; plus dix secteurs sanitaires dans la wilaya d'Alger). Chaque secteur sanitaire est doté d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) chargé de la collecte de l'information épidémiologique, et de l'évaluation des programmes nationaux au niveau du secteur sanitaire.

Dans ce schéma, deux cas particuliers sont représentés par les CHU, d'une part, et par les structures du secteur parapublic d'autre part.

Les CHU, sont au nombre de 13. Les structures des secteurs parapublics dépendant d'autres secteurs ministériels ou de sociétés nationales.

### I.2 Les personnels de la santé

Les professionnels de la santé tous corps confondus, sont de l'ordre de 196.000 personnes. On dénombrait à la fin de l'année 2000, 32.210 médecins. Les spécialistes, au nombre 10.816 exercent pour 58% d'entre eux dans le secteur public, et les généralistes au nombre de 21.394 exercent pour près des 2/3 (64%) dans le secteur public. Les pharmaciens, au nombre de 4.789, exercent essentiellement dans le secteur privé (seuls, 4% d'entre eux sont dans le secteur public et les chirurgiens dentistes (7993) sont retrouvés essentiellement (58%) dans le secteur public. De même à la fin 2000, les paramédicaux, au nombre de 47.000, exercent pour la plupart dans le secteur public.

Au niveau des structures sanitaires, trois catégories de personnels sont regroupées : les praticiens (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes), les auxiliaires médicaux et enfin les gestionnaires des établissements de soins.

Tableau N° 4 : Evolution des effectifs et des ratios de médecins, de chirurgiens dentistes et de pharmaciens

ANNEE	POPULATION (X1000)	MEDECINS	RATIO	CHIRURGIENS DENTISTES	RATIO	PHARMACIENS	RATIO
2001	30801	31875	1/967	8430	1/3656	4963	1/6210
2002	31375000	28642	1/100	8662	1/3620	5198	1/603

			0				3
--	--	--	---	--	--	--	---

Source : rapport de santé 2004 : Santé des algériennes et des algériens P : 87

### I.3 Les infrastructures

A la fin de l'année 2001, le nombre de lits, y compris pour le privé, s'élève à près de 60.000, soit en moyenne 2 lits pour 1000 habitants. 96% des lits d'hospitalisation relèvent du secteur privé. La répartition spatiale des lits d'hospitalisation rapportée à la population montre que mises à part deux wilayas du sud nettement suréquipées en lits (pour des raisons d'ordre plus politique que sanitaire (Tindouf et Illizi), le nombre de lits pour 1000 habitants oscille entre 3,4 à Alger et 1 à Chlef.

Tableau N°5 : Tableau de la démographie médicale

Pays	Hôpitaux	Lits d'hospitalisation	Population/lit	Médecins	Population/médecin
Algérie	447	63.000	413	17.700	1.465
Maroc	186	26.066	1004	4.946	5.294
Tunisie	148	15.838	523	3625	2.277

Source : Bengounia : faillite programme du système de santé et de l'assurance maladie : P.1 Site [www.santémaghreb.cm](http://www.santémaghreb.cm)

## II. LE SYSTEME DE LA SECURITE SOCIALE

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

Même si en France les lois sur la sécurité furent promulguées en 1945 et malgré le statut spécial de l'Algérie qui était considéré comme un département français, leur application en Algérie a tardé jusqu'au 1949. De plus le contenu était modifié avec beaucoup de restrictions.

Au lendemain de l'indépendance (1962), en Algérie <sup>(21)</sup> existant un système de sécurité sociale très fragmenté, composé de plus de 11 divers régimes, aucun n'avait

<sup>21</sup> Assistance Sociale en Afrique du Nord et Moyen Orient , Cas de l'Algérie : P.6

plus d'avantages que l'autre, structurées au niveau administratif, environ 20 organismes chargés de la gestion du régime général du secteur non agricole, 13 caisses de secours minier, caractérisés par des différences dans le financement, la nature et le niveau des prestations ainsi que le mode de gestion.

C'est à partir des années 1970 que la problématique de la réforme du système de sécurité sociale est posée. Les buts de la réforme étaient l'unification des régimes, l'uniformisation des avantages et l'extension des bénéficiaires.

En février 1975 une commission nationale de réforme s'installa mais le projet élaboré ne pouvait pas être adopté par le gouvernement à cause des résistances des ministères de tutelles des régimes particuliers. Des améliorations importantes ont été alors apportées par voie de circulaires au niveau des prestations de services.

C'est avec les lois de "juillet 1983" (lois 83-11/12/13/14/15) que le système de l'assurance sociale se renouvelait autour des principes d'unification des régimes et d'uniformisation des avantages, mais à partir des années 90 le corps de ces lois fut modifiée par des textes de niveau inférieur qui constituèrent néanmoins, une sérieuse fissure de l'édifice mis en place en matière de sécurité sociale.

En 1985 les organismes existants furent unis autour de deux caisses nationales, la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et Maladies Professionnelles (C.N.A.S.A.T) et la Caisse Nationale de Retraite (C.N.R), érigées en Etablissements Publics à caractère Administratif (E.P.A). En 1988 le statut juridique des deux caisses fut modifié en Etablissement Public à caractère spécifique, à la faveur de la loi 88-01 qui porta autonomie aux entreprises publiques.

En 1992 la CNASAT changeait d'appellation pour se nommer Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (C.N.A.S). En 1994 fut établi le régime de pension de retraite anticipée à l'indemnité d'allocation de chômage. Les derniers changements furent, en 1995, la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Chômage (C.N.A.C) et en 1998 l'institution de la Caisse Nationale des Congés payés des Travailleurs du Bâtiment (C.A.C.O.B.A.T.P.H).

#### IV. RAPPORTS STANTE-SECURITE SOCIALE

L'assurance maladie est incontestablement au cœur de ces rapports universellement fondés sur le fait que les praticiens son réputés être les véritables ordonnateurs des dépenses de couverture contre la maladie.

Outre les problèmes structurels affectant traditionnellement le système algérien, à l'instar de nombreux autres inhérent à la progression dissonante entre recettes et dépenses. L'assurance maladie est confrontée à une évolution inquiétante de la consommation de médicaments, sans préjudice d'autres charges incombant aux caisses à titre de financement des soins dispensés à l'étranger, de leur réduction et du forfait hospitalier.

Les moyens de juguler l'hémorragie de l'assurance remboursement vont du conventionnement au contrôle médical, des moyens contentieux, jusqu'à la réduction des médicaments remboursables dont l'effet conjugué n'est pas forcément garanti d'efficacité.

Ceci a amené les pouvoirs publics à codifier la contractualisation des rapports entre les Caisses de Sécurité Sociale et les établissements publics de soins, de sorte à parvenir à une appréciation aussi réelle et objective que possible du coût des soins médicaux et à rationaliser ainsi les dépenses de santé.

Ce mécanisme récent de la contractualisation est mis en exécution depuis janvier 2005.

Section III : Les organismes de l'assurance maladie de la sécurité sociale en Algérie.

La sécurité sociale en Algérie est représentée par trois principaux organismes qui sont :

- la Caisse Nationale des Assurances sociales des travailleurs salariés (C.N.A.S);
- Caisse Nationale de Retraites (C.N.R);
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non Salariés (C.A.S.N.O.S).

#### I. La caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salariés (C.A.S.N.O.S)

Existant sous un régime particulier, les assurances sociales des non salariés ont connu divers changements et transferts. Les réaménagements induits par les lois de 1983 avaient pour principal objectif l'extension des avantages aux non salariés tous secteurs socio-économiques confondus.

##### 1. Les attributions de la C.A.S.N.O.S

Elle est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non salariées.

Elle a pour attributions :

- la gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales des non salariés;
- la gestion des pensions de retraite des non salariés;
- d'assurer le recouvrement des cotisations;
- l'organisation et la coordination du contrôle médical;
- l'immatriculation des adhérents (les catégories professionnelles non salariées; commerçants, artisans, industriels, agriculteurs, professions libérales, etc...).

## 2. Moyens d'intervention de la C.A.S.N.O.S

Opérant sur les 48 wilayas du pays, comporte les structures administratives suivantes<sup>(22)</sup> :

- un siège à Alger comportant les services de l'administration centrale;
- 13 Agences Régionales;
- 35 Antennes de wilayas;
- 60 Guichets spécialisés.

## 3. L'organigramme de la C.A.S.N.O.S

- la direction des opérations financières;
- la direction du recouvrement et du contentieux;
- la direction de l'administration et des moyens;
- la direction des études, de l'organisation et de l'informatique;
- la direction du contrôle médical;
- la direction du contrôle et de l'audit.

En plus des agences régionales, chaque agence régionale de la C.A.S.N.O.S est une structure décentralisée coiffant une ou plusieurs antennes de région.

Elle 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.

En 1990 les effectifs de la C.A.S.N.O.S étaient au nombre de 2.206 personnes dont 84 cadres supérieurs. L'essentiel de cet effectif soit 2006 agents, se trouve au niveau des agences régionales.

---

<sup>22</sup> LARBI LAMRI. le système de sécurité sociale en Algérie. Edition de l'OPU 2001. P.63

## II. La Caisse Nationale de Retraites (C.N.R)

Parmi les plus anciennes Caisses de Sécurité Sociale en vertu des lois de 1983, elle a été créée par le décret n° 85-223 du 23 août 1985 abrogé et remplacé par le décret exécutif n°92-07 du 04 janvier 1992 portant statut juridique des Caisses de Sécurité Sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale.

### 1. Les attributions de la C.N.R.

Elle est chargée de pensions des retraites et a pour attribution de :

- gérer les personnes et les allocations de retraite ainsi que celles des ayants droit au titre de la réversion;
- de mettre en application les dispositions relatives à la retraite prévues par les conventions et accords internationaux de Sécurité Sociale;
- d'assurer le recouvrement, le contrôle et le contentieux du recouvrement des cotisations destinées au financement des prestations de retraite. Cette dernière attribution est jusqu'à ce jour, à la charge de la Caisse Nationale des Assurances Sociale des Travailleurs Salariés (C.N.A.S).

### 2. Moyens d'intervention de la C.N.R

La C.N.R est structurée en une administration centrale, siège de la direction générale, les agences sont modulées en fonction du nombre de pensionnés et des antennes <sup>(23)</sup>.

- l'administration centrale, outre la direction générale, comprend les directions de la retraite, de la gestion des carrières, de l'informatique et de l'organisation de l'administration générale et des opérations financières;
- les agences locales implantées dans 46 wilayas. Elles sont classées en 3 catégories :
  - a. agences de première catégorie : au nombre de deux (Alger et Oran) et gérant chacune au moins 60.000 pensionnés.
  - b. Agences de deuxième catégorie : elles sont au nombre de 22 et gérant au moins 20.000 pensionnés;
  - c. Agences de troisième catégorie : au nombre de 23, elles gèrent moins de 20.000 pensionnés.

---

<sup>23</sup> LAMRI LARBI p. Cit. p.66

- les antennes sont au nombre de 3 : antennes administratives des fonctionnaires, antenne de la Société Nationale des Chemins de Fer (SNTF) et l'antenne de la Société Nationale de l'Electricité et du Gaz (SONELGAZ).

Les ressources humaines de la CNR sont au nombre de 3.289 agents répartis selon la catégorie socio-professionnelle :

- 156 cadres supérieurs (8%);
- 506 cadres moyens (15%)
- 1.745 agents de maîtrise (53%);
- 882 agents d'exécution (27%).

Globalement la C.N.R. gère 1.159.000 pensionnées en 1990.

### III – La Caisse Nationale des Assurances Maladies Sociales (C.N.A.S).

Elle est à la fois la plus ancienne et la plus importante caisse par rapport aux autres Caisses du Système de Sécurité Sociale (CNASNOS, CNR). Dans la deuxième partie de ce travail nous parleront plus en détaille de la C.N.A.S.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**Assurance Maladie Sociale en Algérie**  
**Et le rôle de la C.N.A.S**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE LA C.N.A.S

Le système de sécurité sociale est dans l'opinion générale identifiée à travers la Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs (C.N.A.S).

C'est parce que la C.N.A.S constitue la pièce maîtresse et la pierre angulaire de tout le système algérien de protection sociale. En effet, elle concerne et protège plus de 28% de la population contre la quasi-totalité des risques de la vie quotidienne et verse des revenus substantiels de subsistance sous forme de prestations diverses à près de 8 millions de bénéficiaires directs. Avec leurs ayants droit, ce sont plus de 28 millions de personnes qui bénéficient des avantages servis par la C.N.A.S <sup>(24)</sup>.

Pour une grande majorité des citoyens, ce sont encore les anciens sigles qui constituent pour eux la sécurité sociale.

Pour parler de l'assurance, le régime de sécurité social géré par la C.N.A.S couvre les salariés de tous les secteurs d'activités et un grand nombre de catégories particulières que la loi bénéficie d'une assimilation à des salariés en termes d'avantages et d'accès à certaines prestations.

### Section 1 : Statut et historique de la C.N.A.S

La Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés est un établissement public à gestion spécifique, catégorie soumise au droit public dans ses relations avec l'Etat et au droit privé dans ses relations avec les tiers.

#### I. STATUT DE LA C.N.A.S

La loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, portant loi d'orientation de l'entreprise publique économique et inaugurant la traduction juridique du processus des réformes économiques, prévoit, en son article 40, que les organismes de sécurité sociale sont des "établissements publics à gestion spécifique". <sup>(25)</sup>

Ce néologisme présente avant tout l'avantage d'introduire expressément, dans le champ juridique algérien, une expression propre à désigner les organismes de sécurité sociale. Ipso facto cependant le juriste est mis mal à l'aise. S'agit-il d'une nouvelle catégorie juridique qui prend désormais place aux cotés de l'EPE, de l'EPA et de l'EPI, évoqués également au demeurant par le texte de la loi. De surcroît, le caractère laconique de l'article 49 pose le problème du contenu exact de l'expression nouvelle.

---

<sup>24</sup> Interview avec le Directeur du personnel et de la formation. Octobre 2004

<sup>25</sup> Lehlou Kacini, le Mode de Gestion des EP, cas de SS, Revue Lidara no 3. p. 12

La même disposition prévoyant toutefois que l'organisation administrative des organismes sera fixée par voie réglementaire, il faudra attendre quatre années pour voir la mise en place d'une organisation nouvelle de la gestion de la sécurité sociale. Elle fait l'objet du décret exécutif n° 92-07 du 04 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale.

Ce texte renvoie expressément, dans ses visas, à l'article 49 de la loi n° 88-01 précité, et dans son article 1<sup>er</sup>, aux lois de 1983 sur la sécurité sociale. Il modifie l'architecture précédente en scindant la C.N.A.S.AT en deux organismes nouveaux, l'un compétent pour les salariés (C.N.A.S) et l'autre pour les non-salariés, (C.A.S.N.O.S). Ce dernier devra être organisé aux termes de l'article 10 par décret. La CNR est maintenue avec ses attributions antérieures.

L'on remarquera que le texte s'abstient curieusement de reprendre à son compte, expressément, l'application d'établissements publics à gestion spécifique introduite par la loi-mère de 1988. Trois innovations essentielles sont en revanche introduites : négativement, les caisses ne sont pas des EPA; positivement elles sont réputées commerçantes dans leurs relations avec les tiers (art.02, alinéa 2); enfin, le texte réhabilite le vieux cheval de bataille des syndicalistes, à savoir l'association des partenaires sociaux à la gestion par le biais de leur représentation majoritaire au conseil d'administration, doté quant à lui de prérogatives nombreuses et importantes.

## II. HISTORIQUES DE LA C.N.A.S

L'histoire de la C.N.A.S représente presque toute l'histoire de la sécurité sociale en Algérie en tant que C.N.A.S, la caisse mère de toute caisse de sécurité sociale.

Chronologiquement l'introduction des différentes législations qui constituent le fondement de la sécurité sociale en Algérie s'est fait progressivement et selon les dates suivantes <sup>(26)</sup> :

1920 : mise en œuvre de la législation sur les accidents du travail;

1941 : application des prestations familiales;

1949 : l'avènement des assurances sociales avec la couverture des risques de maladie, maternité, invalidité et décès;

1953 : la promulgation de l'assurance vieillesse pour travailleurs indépendants et non salariés;

1958 : l'institution de l'assurance vieillesse pour travailleurs indépendants et non salariés. Au lendemain de l'indépendance le système de sécurité sociale algérien était composé de plus de 70 organismes de "sécurité sociale" et 11 organismes de retraites complémentaires avec mise en place de plus de 9 régimes caractérisés par des différences dans le financement, la nature et le niveau des prestations ainsi que le mode de gestion auquel ils étaient soumis;

Dès 1970 : une série de textes visant à modifier les statuts organiques et juridiques des régimes et à améliorer la situation des assurés ont été promulgués dont on rappelle les principales échéances;

1974 : extension des assurances sociales aux travailleurs non salariés qui ne bénéficient jusque là que du régime de retraites;

(Décret 74.123 du 26.10.1974)

1983 : refonte de tout le système de sécurité sociale organisé par lois de "juillet 83". Les éléments essentiels de cette refonte reposent sur 'Lois 83.11.12.13.14 et 15 du 2 juillet 1983);

- l'unification des régimes;

- l'uniformisation des avantages;

Unification organisationnelle des organismes existant autour de deux caisses nationales : (Décret 85.223 du 20 août 1985);

1985 : la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et maladies professionnelles C.N.A.S.A.T

La Caisse Nationale de Retraite C.N.R. Ces deux caisses ont été érigées en établissements publics à caractère administratif "EPA";

1988 : modification du statut juridique des deux caisses pour devenir des établissements publics à caractère spécifique, et ce, de manière indirecte, à la faveur de la loi N° 88.01 portant autonomie des entreprises publiques.

Ré institution de la caisse des assurances sociales des non salariés C.A.S.N.O.S;

1992 : changement de l'appellation de la "C.N.A.S.A.T" par la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés C.N.A.S;

1994 : institution de nouvelles prestations pension de retraite anticipée (Décret 94.10 du 26.05.1994). Indemnité d'allocation chômage C.N.A.C.

Ré institution de la Caisse des Congés Payés des Travailleurs du Bâtiment  
C.A.C.O.B.A.T.P.H.

### III. L'ORGANISATION DE LA C.N.A.S

C'est un conseil d'administration de 29 membres qui comprend :

- 18 membres représentant l'union générale de travailleurs algériens (U.G.T.A);
- 2 membres représentant la fonction publique;
- 7 membres représentant les employés du secteur privé
- 2 membres représentant le personnel de la C.N.A.S.;

pour accomplir ses missions, la C.N.A.S dispose :

- des services centraux;
- d'agences locales ou régionales;
- de centre de paiement et d'antennes d'entreprises ou d'administration;
- de correspondants d'entreprise ou d'administration.

#### Section II : l'organisation administrative de la C.N.A.S

L'organisation actuelle des assurances sociales gérés par la C.N.A.S résulte de la loi n° 88-01 du 17 janvier 1988 portant loi d'orientation de l'entreprise publique économique.

Le décret n° 92.07 du 02 janvier 1992 portant le statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale a précisé les attributions et le rôle de la C.N.A.S.

#### I. LES ATTRIBUTIONS DE LA C.N.A.S

Les missions de la C.N.A.S sont fixées au niveau de l'article 8 du décret n° 02-07 du 04 janvier 1992 <sup>(27)</sup>;

- la gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales des accidents du travail et des maladies professionnelles;
- gérer les prestations dues aux personnes bénéficiaires des conventions et accords internationaux de sécurité sociale;
- procéder à l'immatriculation des assurés sociaux et des employeurs et les doter d'un numéro national;

---

<sup>27</sup> H. Khadoun (les grands défis actuels du S.S.S. en Algérie dans un environnement socio-économique en mutation, séminaire In. Sur modernisation de S.S. Alger p.8

- mener des actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que des actions d'éducation et d'information sanitaire;
- la gestion, pour le compte de l'Etat des prestations familiales;
- le recouvrement, le contrôle et le contentieux de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. A cet endroit, il y a lieu de signaler que la C.N.A.S assure également cette fonction pour le compte d'autres caisses qui gèrent d'autres risques tels : C.N.A.R;
- organiser et coordonner l'exercice du contrôle médical;
- conclure des conventions avec les praticiens médicaux et les établissements de soins privés;
- réaliser des établissements à caractère sanitaire et social;
- assurer l'information des bénéficiaires et des employeurs.

## II. LE FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF DE LA C.N.A.S

Le titre 3 du décret organise le fonctionnement administratif des caisses à travers le fonctionnement des deux organes de gestion que sont le conseil d'administration et le directeur général.

Ce texte souligne le rôle hiérarchique de la tutelle qui a pouvoir de nommer et de sanctionner les organes de direction responsable de leurs gestions devant le seul Ministre chargé de la sécurité et le rôle mineur du Conseil d'Administration.

### II.1 Le Conseil d'Administration

#### i. La composition

Elle est constitué des diverses catégories intéressées à la politique de la C.N.A.S, à savoir :

- 18 représentants des travailleurs désignés par les organisations les plus représentatives à l'échelle nationale;
- 9 représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles les plus représentatives à l'échelle nationale dont 2 représentants de l'organisme de la fonction publique;
- 2 représentants du personnel de la C.N.A.S désignés par le comité participation.

#### ii. La désignation des administrateurs

Les administrateurs de la C.N.A.S sont nommées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition des organisations professionnelles et syndicales concernées. La durée du mandat est de 4 ans renouvelables.

### iii. Les incompatibilités

Ne peuvent être ADMINISTRATEUR /

- les personnes de nationalité étrangère;
- les personnes ne jouissent pas de leurs droits civiques;
- les personnes non à jour de leurs obligations en matière de cotisation de sécurité sociale;
- les agents chargés des missions de contrôle et de tutelle des caisses;
- les personnes et notamment les médecins ayant un intérêt direct dans la gestion d'un établissement de soins à but lucratif;
- les personnes exerçant les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant de société, entreprise ou institution bénéficiant ou ayant bénéficié d'un concours financier de la part de la sécurité sociale ainsi que les personnes participant à l'exécution de travaux ou à la prestation de fournitures ou de services pour les besoins d'un organisme de sécurité sociale.

### iv. Les attributions du conseil d'administration

Cet organe délibérant destiné à administrer les affaires de la C.N.A.S par délibération est chargé du contrôle et de l'animation de ladite caisse.

Son rôle consiste essentiellement à :

- proposer l'organisation interne de la caisse ainsi que la suppression ou la création des structures autres que les agences;
- 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;
- émettre un avis sur la nomination du directeur général et d'autres emplois de direction de la caisse soumis à nomination par arrêté du Ministre;
- approuver les conventions passées par la C.N.A.S avec les praticiens médicaux et les établissements de soins privés ainsi que la convention collective du personnel;
- délibérer sur les projets de marchés préparés par le directeur général.

Le président est élu pour deux ans et préside les réunions.

#### v. Le fonctionnement du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit, au moins, une fois les 3 mois et autant de fois que de besoins, à la demande de son président ou de celle du ministre chargé de la sécurité sociale ou de celle de la majorité de ses membres.

Il ne peut se réunir valablement que si les 2/3 de ses membres assistent.

Les décisions sont prises à la majorité des 2/3 des voix, compte tenu des délégations de vote données à certains administrateurs par leurs collègues absents.

La voix du président n'est pas prépondérante.

Le vote, en matière d'élection, et sur toute question d'un administrateur s'effectue par bulletin secret.

Chaque réunion du conseil d'administration donne lieu à la rédaction d'un procès verbal qui doit figurer sur les registres de délibérations et être paraphé par son président.

Le directeur général de la C.N.A.S assiste aux séances du conseil d'administration dont il assure le secrétariat.

#### vi. La tutelle sur le conseil d'administration

Le ministre chargé de la sécurité sociale exerce une totale tutelle sur le conseil d'administration. Toutes les décisions prises par cet organe délibérant et par ses commissions doivent être communiqués au Ministre.

Les budgets, l'acceptation de dons et legs ainsi que les projets d'acquisitions, de location ou d'aliénation d'immeubles à usage administratif, sanitaire ou social ne sont exécutoires qu'après leurs approbations exprès par le Ministre.

Les décisions contraires à la loi ou à la réglementation ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la C.N.A.S sont annulées dans les 30 jours qui suivent leur transmission, par le Ministre.

### II.2 Le Directeur Général

Il est nommé par décret du ministre chargé de la sécurité sociale. Il tient, donc, ses pouvoirs directement de la loi et non pas, par délégation du conseil d'administration, comme cela devrait être le cas pour une entreprise autonome.

Ses attributions attestent de sa compétence générale.

Il a seul autorité sur le personnel et fixe l'organisation du travail dans les services. Il nomme aux postes, précède au licenciement, règle l'avancement et assure la discipline.

Il représente la C..N.A.S en justice et dans les actes de la vie civile.

Il est l'ordonnateur des recettes et des dépenses de la caisse.

Il peut requérir qu'il soit passé outre au refus de visa ou de paiement, éventuellement, opposé par l'agent chargé des opérations financières <sup>(28)</sup>.

En cas de vacances d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement du Directeur Général, ses fonctions sont exercées par le Directeur Général Adjoint.

En cas d'absence, d'empêchement ou défaut de ce dernier, les fonctions du Directeur Général sont exercées par un agent de direction de la C.N.A.S.

### Section III : Le financement de la C.N.A.S

Le mode de financement du C.N.A.S découle directement de son caractère professionnel.

Les sources de financement sont des cotisations à la charge des employeurs et des travailleurs.

Cependant depuis le milieu des années 1990 on a assisté à l'intervention du budget de l'Etat de financement pour combler le déficit budgétaire de la C.N.A.S.

Actuellement la situation se présente ainsi :

Les cotisations assises sur les salaires qui sont de deux types de cotisations :

Celles à taux plein et celles à taux réduit :

#### I. Cotisation à taux plein (taux plafond unique)

Depuis 1996 et compte tenu des déficits enregistrés par la caisse nationale de sécurité sociale (C..N.A.S), ce taux a été de 34,5% et est réparti comme suit <sup>(29)</sup> :

- employeur : 25%
- travailleurs 9%
- œuvres sociales 0,5%

La distribution par branche est la suivante :

\* assurances sociales : 14%;

---

<sup>28</sup> Hannouz Mourad et KHADIR Mouhamed, précis de sécurité sociale. Op. Cit. P.26

<sup>29</sup> Mohamed DOURIRI, Séminaire Int. Sur la Modernisation de la sécurité sociale, Alger les 03 et 04 mai 2003

- employeurs : 12,5%;
- salarié : 1,5%;
- retraite : 16%
- employeur : 9%
- salarié : 7%;
- \* retraite anticipée : 1,5%;
- employeur : 0,5%;
- salarié : 0,5%;
- oeuvres sociales 0,5%;
- \* assurance chômage : 1,75%;
- employeur : 1,25%;
- salarié : 0,5%;
- \* accidents de travail et invalidité professionnelle 1,25% à la charge exclusive des employeurs.

Pour les non salarié, la cotisation globale supportée intégralement par les intéressés est de 15% répartie en parties égales (7,5%) entre les assurances sociales et la retraite.

## II. Cotisation à taux réduit :

Cette disposition d'allègement du niveau des cotisations est destinée à des catégories particulières pour des raisons économiques et sociales, que les pouvoirs publics voulaient protéger à la faveur des largesses des lois de 1983.

Le taux de cotisation pour les catégories particulières est bien détaillé dans le tableau suivant :

Tableau N° 6 : Tableau des taux de cotisation réduit

<b>Catégories à Domicile</b>	<b>Assiettes de cotisation</b>	<b>Taux</b>	<b>Taux employeur</b>	<b>Assuré</b>
Travailleurs à domicile	SNMG	29%	24%	5%
Artistes comédiens, Figurants : Rémunération versée sous forme de cachet	Montant du cachet	12%	-	12%
Personnes employées par des particuliers	SNMG	6%	4%	2%
Marins pêcheurs à la part, Embarqués avec le	SNMG	12%	7%	5%

patron pêcheur				
Marins pêcheurs à la part, embarqués	SNMG*3	12%	12%	-
Porteurs de bagage dans les gares	SNMG	12%	-	-
Etudiants	SNMG	3%	-	-
Ayants droit de détenu effectuant un travail pénal	SNMG	3%	2,5%	-
Détenu effectuant un travail pénal	SNMG	2,5%	7%	-
Moudjahidine et titulaires de pensions Moudjahidine	SNMG	7%	2%	-
Titulaires de pensions ou de rentes de sécurité sociale	Montant de la pension au SNMG	7%	5%	-
Apprentis	SNGM	5%	-	-
Elèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle	SNMG	2%	2%	-
Pupilles de la sauvegarde de la jeunesse effectuant un travail commandé				-
Athlètes autres que performants				-
Bénéficiaires de l'indemnité pour activité d'intérêt général ou de l'allocation forfaitaire de solidarité	SNMG	6%	A la charge du fonds de soutien aux catégories défavorisées.	

Source : sit CNAS : [www.CNAS.ORG.DZ](http://www.CNAS.ORG.DZ)

### III. Le versement des cotisations

Le versement des cotisations de sécurité sociale incombe à l'employeur.

Il est tenu d'effectuer le prélèvement de la quote-part due par le travailleur lors du versement de chaque rémunération.

Le travailleur ne peut s'opposer à ce prélèvement.

Les cotisations de sécurité sociale font l'objet d'un versement unique par l'employeur à l'organisation de sécurité sociale dont il relève territorialement.

Le délai de versement de la fourniture de la déclaration d'assiette est de 30 jours. Dans le cas d'une régularisation. Lorsque le montant des cotisations versées ne correspond pas au moment des cotisations dues, l'assujetti procède à une régularisation trimestrielle ou annuelle.

En cas de carence, cette régularisation est effectuée par l'organisme de sécurité sociale.

Le défaut de versement des cotisations de sécurité sociale donne lieu à une majoration de 5% appliquée au montant des cotisations dues.

Les majorations sont recouvrées par l'organisme de sécurité sociale au même titre que les cotisations.

Autres sources de rentrées financières :

- les revenus des fonds placés;
- les contributions d'ouverture de droit versées par les employeurs en matière d'assurance chômage et de retraite anticipée;
- les majorations et pénalités de retard et autres sanctions pécuniaires à l'encontre des employeurs défaillants en matière d'obligation des assujettis.

Les résultats du financement <sup>(30)</sup> montrent que pour l'année 2002, les premières évaluations de la C.N.S.A donnent un recouvrement d'environ 200 milliards de dinars. L'intervention de l'Etat se chiffre à 30 milliards de dinars en matière d'allocation familiales, non compris, le montant des prestations réglées directement par les institutions et administrations publiques à leurs fonctionnaires. Cependant, il importe de signaler un important contentieux en matière de cotisations impayées, les créances accumulées à 2002 seraient d'un montant égale à 130 milliards de dinars imputables en grande partie au secteur économique public.

## CHAPITRE II : LES PRESTATIONS DE LA C.N.A.S

Ce sont des versements en espèces ou en nature effectués au titre de la législation sociale en faveur des assurés sociaux par la C.N.A.S. On distingue les prestations d'assurances sociales, les prestations familiales et les prestations d'accidents de travail.

---

<sup>30</sup> PHILIPPE SCHILLIGER, Relations prescripteurs. Assurances Maladie pour une rationalisation des dépenses de Médicaments Séminaire Int. Sur la Modernisation de la sécurité sociale. Alger les 03 et 04 mai 2003. p.3

Les prestations d'assurance sociale sont les versements pour les risques maladies, invalidité, vieillesse, veuvage, décès. Les prestations familiales sont notamment les allocations familiales, primes de déménagements, l'allocation de rentrée scolaire, les allocations prénatales, l'allocation de maternité, le congé naissance, etc...

Depuis la création de la Caisse Nationale de Retraites, l'assurance retraite est gérée par cette caisse.

### Section I : les prestations en nature

Elles correspondent au remboursement des dépenses engagées par l'assuré social, pour lui-même ou pour ses ayants droits, à l'occasion de soins requis par son ou leur état de santé, à titre préventif ou curatif, sans limitation de durée.

Ces remboursements ne peuvent être accordés que si les soins ont été prescrits par un médecin ou par toute personne habilitée à cet effet par la réglementation.

Certaines prestations en nature et certains actes médicaux ne peuvent être remboursés que si la C.N.A.S a préalablement accepté de les prendre en charge, après accord du contrôle médical : c'est la formule de l'entente préalable.

Les actes soumis à cette procédure sont définis dans l'arrêté de janvier 1987 portant nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La législation en matière d'assurances sociales reconnaît à l'assuré et ses ayants droits la liberté de choix du praticien médical ainsi que celle relative à l'établissement hospitalier.

### I. LES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires des prestations en nature de l'assurance maladie sont accordés à l'assuré social d'une part et à ses ayants droits, d'autre part. Les assujettis sont affiliés obligatoirement à l'assurance maladie les travailleurs et certaines personnes inactives les bénéficiaires sont donc composés de trois catégories :

#### 1) Les travailleurs :

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 composés 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 des particuliers

(cotisant à 5%) et tous les apparents percevant un présalaire égal ou supérieur à la moitié du salaire nationale minimale garantie (cotisant à 2%).

2) Ces catégories particulières :

Il s'agit :

- a) des moujahidines\* ainsi que les titulaires de pensions au titre de la législation des moujahidines et des victimes de la guerre de libération nationale;
- b) les personnes handicapées physiques ou mentales n'exerçant aucune activité professionnelle;
- c) des étudiants, lorsqu'ils n'exercent aucune activité professionnelle y compris les étudiants étrangers;
- d) les titulaires de pensions ou de rentes servies par les organismes de sécurité, que se soit au titre d'avantage ou de réversion. Toutefois le titulaire de la rente directe d'accident de travail ou de maladie professionnelle doit être atteint d'une capacité permanente partielle (IPP) correspondant à un taux égal à au moins 50%;
- e) les ascendants à charge : il s'agit, aussi bien, des ascendants de l'assuré que de ceux de son conjoint, s'ils sont à leur charge et ne disposent pas de revenus supérieurs, à la moitié du salaire minimum garanti (SNMG) y compris les ascendants d'un assuré décédé ne bénéficiant pas de pension de retraite de réversion;
- f) des veuves et des orphelins d'un assuré décédé ne bénéficiant pas de pension de retraite de réversion.

2) les ayants droits :

Il s'agit essentiellement, du conjoint, des enfants à charge et des ascendants à charge.

- a) les conjoints : par conjoint il faut entendre l'épouse ou l'époux. Il doit être non salarié et non divorcé.
- b) Les enfants à charge : se sont les enfants à charge effective et permanente de l'assuré, il s'agit notamment :
  - des enfants de l'assuré ou de la conjointe de l'assuré;
  - des enfants ayant fait l'objet d'une Kafala\* de la part de l'assuré;

- des enfants recueillis par l'assuré.

Ces enfants doivent être âgés de moins de 18 ans et de moins de 21 ans quand ils sont scolarisés ou en apprentissage;

- les filles majeures non mariées :
- c) les ayants droits d'un détenu, il s'agit des ayants droits d'un détenu effectuant un travail pénal et lorsque les dits ayants droits n'exercent aucune activité professionnelle.

### III. LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

Les conditions à l'ouverture des droits aux prestations en nature de l'assurance maladie ont été considérablement allégées. La seule condition actuellement requise est une condition d'emploi, l'assuré doit avoir travaillé 9 jours ou 60 heures au cours du trimestre précédant la date de ses soins.

Ce droit aux prestations en nature est ouvert pendant toute une année civile au cours de l'année précédente où assuré a travaillé au moins 36 jours ou 240 heures.

La législation assimile à une journée de travail de huit heures <sup>(31)</sup> :

- toute journée pendant laquelle l'assuré a perçu les indemnités journalières de l'assurance maladie;
- toute journée d'interruption de travail due à la maladie quand l'assuré a épuisé ses droits à une indemnisation, mais à condition que l'incapacité physique de continuer ou de répondre de travail soit reconnue par l'organisme de sécurité sociale;
- toute journée accomplie au titre du service national ou dans les circonstances d'une mobilisation générale.

### III. LES DIFFERENTS FRAIS DE REMBOURSEMENT ET LES TAUX DE REMBOURSEMENT

#### III.1 Les différents frais remboursables

La liste des prestations en nature remboursées par les agences C.N.A.S se trouve définit dans l'article 8 de la loi 83-11, il s'agit explicitement : <sup>(32)</sup>

<sup>31</sup> HANNOUZ Momad et Khadir Mohamed. Précis de Sécurité Sociale impression des Offices des publications universitaires (OPU) 1996 p.35

<sup>32</sup> HANNOUZ Momad et Khadir Mohamed OP Sit P.36

- des frais de soins et de prothèse dentaire;
- des frais d'optique médicale;
- des frais cure thermique et spécialisée;
- des frais d'orthopédie Maxilo – Faciale;
- des frais de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle;
- des frais de transport par ambulance ou tout autre moyen lorsque ce mode de transport est rendu nécessaire par l'état du malade. Sont, également, couverts au titre de l'assurance maladie les frais engagés pour toute interruption de grossesse survenue avant la fin de sécurité mais aussi la grossesse pathologique, les suites de couches pathologiques et les accouchements dystociques.

Il en est de même pour les frais de déplacement de l'assuré, de ses ayants droits et, le cas échéant, de son accompagnateur, lorsque cet assuré est convoqué par l'organisme de sécurité sociale ou une expertise, ou lorsque le traitement doit être dispensé dans un établissement sanitaire autre que celui de sa résidence, conformément à l'article 9 de la loi d'assurance sociale.

### III.2 Les taux de remboursement

A l'instar de nombreuses sécurités sociales dans le monde et afin de modérer la consommation médicale, la législation (article 59 de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales) a institué un ticket modérateur de 20% à la charge des assurés sociaux consommant des services de santé auprès du secteur privé (cabinets, cliniques et officines pharmaceutiques).

#### III.2.1. Le ticket modérateur

Il représente la part du coût du service couvert déduit du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage, on l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé et freiner les dépenses de l'assurance maladie. Le taux de remboursement des actes professionnels et des médicaments est de 80% (ticket modérateur 20%), 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.

Toutefois, il existe des cas où l'assuré est exonéré du ticket modérateur.

### III.2.2. Exonération du ticket modérateur

Le ticket modérateur est supprimé et le remboursement servi au taux de 100% dans un certain nombre de situation de la charge de ce ticket modérateur se trouve trop lourde ou injustifiée dans son principe.

La liste des exonérations du ticket modérateur est donnée par l'article 4 du décret n° 84-27 du février 1984. Ces exonérations concernant les cas ci-dessus :

1/ les actes professionnels

Il s'agit des cas suivants :

- les actes professionnels affectés d'un coefficient égal ou supérieur à K50;
- des frais engagés à la fourniture de sang, plasma ou de leurs dérivées ou du placement en couveuse des enfants prématurés;
- lorsque la durée de l'hospitalisation est supérieure à 30 jours;
- lorsque les frais engagés concernent le grand appareillage, l'orthopédie maxillo-faciale, la rééducation fonctionnelle et la réadaptation professionnelle.

2/ Exonération en raison de la nature de l'affection

Ici l'exonération concerne principalement les affections de longue durée dont la liste est fixée au niveau de l'article 21 du décret n° 84-27.

Il s'agit notamment :

- de la tuberculose sous toutes ses formes;
- des psychonévroses graves;
- des maladies cancéreuses;
- des hémopathies;
- de l'hypertension artérielle maligne;
- des maladies cardiaques et vasculaires.

## IV. LES MECANISMES DE TARIFICATION DE PROTECTION EN NATURE ET LES FORMALITES DE REMBOURSEMENTS

1. les mécanismes de tarifications de prestation en nature

La tarification des soins sur laquelle est aussi le remboursement est distincte selon qu'il s'agisse d'actes effectués par les praticiens médicaux ou par des auxiliaires et selon qu'ils soient hospitaliers ou pharmaceutiques.

Dans cette nomenclature générale des actes professionnels, chaque acte médical est désigné par une lettre clé et un coefficient.

La lettre clé désigne la nature de l'acte et la qualité du producteur des soins. Ainsi la lettre **K** désigne les actes de chirurgie et la lettre **R** ceux de la radiologie, alors que la lettre clé **C** désigne une consultation par le médecin généraliste et la lettre clé **C.S** pratiquée par le médecin spécialiste.

D'autre part, chaque lettre clé possède une valeur monétaire fixée réglementairement par le Ministre de la Santé Publique. Actuellement, c'est l'arrêté du 4 juillet 1987 qui fixe la valeur monétaire des lettres clé.

Quant au coefficient de la lettre clé par la **NGAP**, il désigne la valeur relative de chaque acte médicale et intègre la technicité, la durée, les risques, le coût du matériel mis en œuvre, etc... Il est un nombre multiplicateur de la valeur monétaire des lettres clé.

Ainsi, si l'on prend l'exemple du traitement orthopédique d'une fracture fermée de l'avant bras, cotée dans la **NGAP K 10**, la tarification de cet acte médical s'obtient en multipliant la valeur monétaire de **K** par 10. Comme la valeur de **K** est fixée par l'arrêté Ministériel suscite à 11 dinars, cela fait  $11 \text{ DA} \times 10 = 110 \text{ Dinars algérien}$ .

C'est cette valeur de 110 dinars qui constitue le tarif de base sur lequel est calculé le remboursement par les agences **C.N.A.S**. Finalement, la tarification des actes médicaux passe par la codification fixée par la **NGAP**.

La nomenclature générale des actes professionnels des médecins chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux (**NGAP**) est un arrêté du Ministère de la Santé Publique de janvier 1987 pris en application des articles 1 et 2 du décret N° 85-+283 du novembre 1985.

Elle est divisée en quatre parties distinctes comprenant respectivement :

- les dispositions générales comportant 22 articles;
- les actes n'utilisant pas les radiations ionisantes;
- les actes utilisant les radiations ionisantes;
- les actes de biologie.

## 2. Les formalités de remboursements

Le remboursement des prestations en Nature par les agences **C.N.A.S** obéit à certaines formalités, réglementairement définies et de surcroît, il ne s'effectue que sur production des documents attestant que l'assuré social a engagé des dépenses de soins

pour lui ou pour ses ayants droits. Au nombre de ses documents figure la feuille de soins et l'ordonnance médicale.

i. La qualité du praticien médical

Conformément à l'article 5 de l'arrêté portant nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), les actes médicaux, pour être remboursés par les agences C.N.A.S doivent :

- être pratiqués par des praticiens médicaux en règles vis-à-vis, des dispositions légales, réglementaires et disciplinaires relatives à l'exercice de la profession;
- être effectués personnellement, par le chirurgien dentiste, le pharmacien ou la sage femme, sous réserve que les actes soient de leurs compétences;
- être pratiqués, personnellement, par l'auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

ii. La feuille des soins

Elle constitue le document de liaison entre l'assuré social et son médecin d'une part, et l'assuré social et l'agence C.N.A.S avec son contrôle médical, d'autre part.

Ce document est établi d'après des dispositions réglementaires et comporte :

- l'identité de l'assuré social
- l'identité du malade;
- l'identité du praticien;
- la date des actes médicaux;
- la désignation des actes médicaux par leurs lettres clé;
- la signature du praticien attestant le paiement des actes;
- le montant des honoraires;
- la facture du pharmacien ou du fournisseur.

iii. L'ordonnance médicale

Sur ce document médical doit figurer les noms, prénoms et âge du malade.

De plus, l'ordonnance, doit être tarifée par le pharmacien ou le fournisseur et porter les vignettes figurants dans le conditionnement des médicaments.

## Section II : Les prestations en espèces

Elles correspondent aux indemnités journalières versées sous forme d'argent à l'assuré social dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail.

Ces indemnités sont destinées à atténuer le manque à gagner du à l'arrêté de travail prescrit par le médecin à l'exclusion de tout auxiliaire médical.

Les prestations en espèces sont perçues pour chaque jour ouvrable ou non, à partir de la date de la prescription médicale de l'arrêt de travail. Aucune indemnité n'est servie si les maladies, blessures ou infirmités résultent de la faute intentionnelle de l'assuré, ainsi qu'en cas d'intervention chirurgicale de type esthétique.

## I. LES BENEFICIAIRES ET LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS

### I.1 Les bénéficiaires

Comme il s'agit d'un substitut de salaire, le bénéfice des prestations en espèce est réservé au seul assuré social, à l'exclusion de ses ayants droits.

### I.2 Les conditions d'assurance des droits

Conformément à la circulaire générale d'application des lois de sécurité sociale, pour le bénéfice des indemnités journalières pendant les 6 premiers mois, l'assuré social doit être en activité professionnelle donnant droit à une rémunération au moment de la consultation de la maladie et avoir travaillé :

- soit pendant au moins 9 jours ou 60 heures au cours des 3 mois précédents la date de soins
- soit pendant 36 jours ou 240 heures au cours de 12 mois précédents la date de soins.

## II. LE MONTANT DE L'INDEMNITE JOURNALIERE ET LA DUREE DES PRESTATIONS

### II.1 Le montant de l'indemnité

Le taux de l'indemnité journalière est fixé par la loi : <sup>(33)</sup> du premier au quinzième jours d'arrêt de travail. Les indemnités en espèces versées représentent 50% du salaire de poste journalier net.

---

<sup>33</sup> LARBI LAMRI, Op. Cir. P.49

Cependant, l'indemnité journalière ne peut être inférieure au 1/30<sup>ème</sup> sus salaire du cité perçu et pris pour la base de calcul des prestations d'assurances sociales.

## II.2 La durée des prestations

Contrairement aux prestations en nature, le service des prestations en espèces connaît une limitation dans la durée.

L'indemnité journalière est servie pour une période maximale de 3 années, calculée de date à date, en cas d'affection de longue durée avec, toutefois, en cas de reprise du travail égale à, au moins, (il manque un mot comme signalé).... un an l'ouverture d'un nouveau délai de 3 années.

Elle est servie pour 300 jours maximum, pour une période quelconque de 2 années consécutives en cas d'affection autres que les maladies de longue durée.

## III. LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ SOCIAL ET LES FORMALITES DE PAIEMENT DE PRESTATIONS EN ESPECES

### 1. Les obligations de l'assuré social

Les assurés sociaux doivent notamment :

- s'abstenir de toute activité professionnelle, rémunérée ou non, sauf autorisation de l'organisme de sécurité sociale;
- s'abstenir de quitter leurs domiciles, sauf si le praticien médical le prescrit dans un but thérapeutique et le mentionne sur la feuille de maladie;
- s'abstenir de tout déplacement sans autorisation préalable de l'organisme de sécurité sociale;
- s'abstenir de partir en convalescence sur prescription du médecin traitant sans aviser l'agence C..N.A.S et sans son autorisation;
- se soumettre à tous les examens et contrôles organisés par l'agence C.N.A.S

### 2. Les formalités

Pour la perception des indemnités journalières, l'assuré social doit remettre à l'agence C..N.A.S :

- un certificat médical d'arrêt de travail dans les 48 heures;
- un bulletin de paie ou une attestation de travail.

Enfin, (<sup>34</sup>), notons que le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par 4 années à partir de la date des soins conformément à l'article 74 de la loi 83-15.

### Section III : Le système du tiers payant

Bien que prévu réglementairement depuis longtemps, ce n'est que récemment et compte tenu du renchérissement des prix des médicaments suite aux dévaluations successives intervenues en application du plan d'ajustement structurel, que la C.N.A.S a institué un mécanisme dit de "tiers payant". Celui-ci 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 (convention) qui souhaitent adhérer à ce système. Les agences se font rembourser après remise du dossier (ordonnance sur laquelle sont apposées les vignettes des médicaments prescrits et servis, feuille et copie de la carte couvrant ce droit).

Ce nouveau système allège en partie la trop forte pression sur les centres payeurs de la C..N.A.S ainsi que les lourdeurs bureaucratiques des remboursements. Ce système va être étendu à d'autres catégories de bénéficiaires, à savoir les titulaires de pensions de retraite, d'invalidité et de titulaire des pensions de révision. Cependant il reste à parfaire, car comprenant de nombreuses lacunes entre autres la non disponibilité de l'intégralité des médicaments prescrits dans la pharmacie désignée.

Ce système de tiers payant est en voie d'être généralisé à l'intégralité des assurés sociaux et aux régions du pays.

Par ailleurs, il faut noter que les produits pharmaceutiques inscrits à la nomenclature nationale des médicaments étaient initialement tous remboursés.

Récemment et pour maîtriser les dépenses de santé et notamment la charge financière du poste "produits pharmaceutiques", un nombre de 109 médicaments déterminés par une commission nationale (sécurité sociale – santé) ont été mis hors liste "déremboursements" car jugés de confort ou de faible valeur thérapeutique. Désormais ces 109 médicaments dont une partie est produite par des industriels locaux ne sont plus remboursés. Un grand débat reste ouvert en matière de remboursement des médicaments en Algérie.

---

<sup>34</sup> HANNOUZ Momad et Khadir Mohamed Op. CIT P.69

Le ministère ayant en charge le secteur de la santé développe une politique plus entreprenante que par le passé en matière d'importation de produits pharmaceutiques. La réglementation favorise ainsi les génériques et la production locale; l'importation intervient en appoint et donc en cas de non couverture par la production locale.

Par ailleurs, la multiplication des opérateurs privés dans le secteur du médicament qu'ils soient producteurs ou importateurs a impliqué des prix variables concernant des dispositions médicamenteuses le plus souvent identiques. En matière de remboursement, cette pratique gêne fortement la C.N.A.S qui tout en continuant à rembourser au prix sur la vignette, envisage de développer un système de prix de référence qui consiste à rembourser des médicaments censés être identiques à un prix de référence déterminé selon des critères précis.

Une expérience a été tentée dans ce sens puis arrêtée pour révision par le Comité de Remboursement qui envisage sa refonte.

### CHAPITRE III : LA SITUATION ACTUELLE ET LES PERSPECTIVES DE L'AVENIR

Avant la détérioration de la situation économique globale du pays, les régimes de sécurité sociale avaient un champ d'application relativement large, ce qui leur permis de générer des ressources importantes et donc répondre aux sollicitations de la générosité des dispositions relatives au grand nombre des bénéficiaires et aux largesses des avantages octroyés. Le plan d'ajustement structurel adopté par l'Algérie, les mesures qu'il contient et celles nécessitées pour l'atteindre des équilibres macro-économiques ont eu pour première implication le ralentissement et puis l'application d'importantes difficultés de mobilisation de ressources.

De manière générale, il est déjà acceptable de tirer la conclusion selon laquelle les ressources de la sécurité sociale connaissent une limitation sans précédent eu égard à la conjugaison de deux phénomènes opposés, à savoir la contraction du champ des cotisations et la forte sollicitation de prestations dans un contexte de forte pression sociale nécessitant un renforcement du filet social.

En Algérie maîtriser, humaniser, satisfaire, prévoir, pérenniser, bref moderniser le système de sécurité sociale compte parmi les termes les plus utilisés ces dernières années par les décideurs à afférents niveaux de la sécurité sociale.

L'instance aussi bien des administrateurs que des bénéficiaires sur la nécessité d'améliorer et de rendre plus performant le système a pris tellement de place dans

l'espace de la sécurité sociale qu'elle ne peut être considérée comme le simple fruit du hasard.

Résultats de pressions et de revendications sociales diverses et ou de la nécessité d'une plus grande maîtrise de la gestion de la part des responsables dans un contexte socio-économique en mutation, de nombreuses actions dites de modernisation ont été entreprises par les différentes caisses de sécurité sociale – parmi lesquelles la C.N.A.S – pour apporter des solutions aux problèmes posés.

#### Section 1 : Analyse de la situation de la C.N.A.S.

L'analyse de la situation financière globale de la caisse nationale des assurances sociales (C.N.A.S), constitue un des plus importants indicateurs, de succès ou d'échec de cet établissement. Cette analyse devant orienter la réflexion sur d'éventuelles réformes.

#### I. EVOLUTION DES RECETTES ET DES DEPENSES

Tableau N° 7 : Evolution des Recettes et des Dépenses en Milliards DA

RUBRI QUES	19 90	19 91	19 92	19 93	19 94	19 95	19 96	19 97	19 98	19 99	20 00	200 1	200 2	20 03	200 4	200 5
RECET TES	18. 0	20. 9	23 .8	32 .1	34 .7	43 .4	51 .6	55 .2	62 .2	67 .0	72 .2	78. 4	84. 5	96. 8	107. 1	115
DEPEN SES	14. 2	16. 7	21 .2	28 .8	37 .2	45 .1	55 .8	56 .9	62 .4	68	72 .8	77. 3	82. 8	94. 2	103. 5	110
ECART	+3. 8	+4. 2	+2 .6	+3 .3	+2 .5	- 1.	- 4.	- 1.	- 0.	1	- 06	+1. 1	+1. 7	+2. 6	+3.6	+5

						2	5	7	2							
R/D (%)	12	12	11	11	93	96	92	97	09	98	99	101	102	10	104	105
	7	5	2	1										3		

Source : préparée par le chercheur

2005\* :

### Prévisions

Globalement, les recettes enregistrant une croissance progressive entre 1990 et 2005. Les dépenses aussi progressent en parallèles avec les recettes. Les déficits ont évolué en dents de scie avec un pic en 1996 représentant 4,6 milliards de dinar algérien, soit un taux de couverture de dépenses par les recettes de 92% seulement.

A partir de 1998 se dessine un léger redressement tendant vers l'équilibre. Ceci s'est opéré grâce à des mesures de renforcement de recouvrement de cotisation et des procédures de limitation des fraudes sur le remboursement des médicaments (exigence des notices des médicaments consommés pour la validation des remboursements).

Les causes de déficit sont multiples et variées :

- perte d'un grand nombre d'emplois (400.000 postes) et stagnation de la création de nouveaux emplois;
- non paiement des cotisations pour de nombreuses entreprises publiques suite à leurs difficultés financières;
- augmentation du nombre de bénéficiaires cotisant à taux réduit (filet social concernant 550.000 bénéficiaires);
- maintien des faibles taux de cotisation des catégories particulières (étudiants moudjahidines, handicapés, bénéficiaires du filet social...);
- augmentation de l'offre médicale et démultiplication de la démographie médicale;
- défaillance du secteur public de santé et recours intense auprès du secteur privé impliquant des remboursements des frais médicaux.

Cependant, la sous déclaration et la non déclaration restent des éléments majeurs des faiblesses des recettes. L'enquête de l'office national des statistiques (ONS) de 1995 sur le revenu de vie des ménages fait état qu'une grande partie de la main d'œuvre occupée par le secteur privé n'est pas affiliée à la caisse du fait de la non déclaration. Les estimés que plus de 6 % de la part des cotisations est sous déclarée ou non déclarée. Le taux de recouvrement est estimé par les services du ministère à seulement 85%<sup>(35)</sup>.

#### IV. ANALYSE DES POSTES DE DEPENSES

##### II.1 Le forfait hôpitaux

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie. La sécurité sociale est sollicitée par la loi à continuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire appelée "forfait hôpitaux" est une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droits.

Tableau N° 8 : EVOLUTION DE FORFAIT HOSPITALIER en Milliards de DA

ANNEE	19	19	19	19	199	19	19	19	19	19	20	20	20	20	200	200
S	90	91	92	93	4	95	96	97	98	99	00	01	02	03	4	5
FORFAI																
T	8.6	9.5	9.	9.9	11.	13.	16.	17.	19.	19.	22.	29	37.	41.	49.	56.4
HOPIT	0	0	50	8	25	55	57	97	65	87	9	.6	3	39	6	5
AUX																

Source : préparé par le chercheur

Le forfait est le plus important poste de dépenses de la C.N.A.S, il représente le 1/3 des dépenses de la C.N.A.S pour l'année 1990. De 8,6 milliards de DA en 1990, il est passé à 13.55 milliards en 1995 pour atteindre 49.6 milliards de DA en 2004, soit environ le double de 4 fois en 14 ans.

Les inconvénients liés à ce mécanisme de financement sont :

<sup>35</sup> LARBI LAMRI Op. P.139

- 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 droits 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 privé l'absence de références médicales et tarifaires.???

## II.2 Les dépenses des transferts de malades pour soins à l'étranger

Ces transferts ont consisté à pallier aux insuffisances du secteur public certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies, cardiovasculaire, yeux, certaines brûlures compliquées etc...)

Tableau N° 9 : Evolution de dépenses et de nombre de malades évacuées pour le soin à l'étranger.

RUBRIQUES	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
NOMBRE MALADES TRANSFERES	2666	2100	2490	3466	4502	4639	2411	762	811	834	435	452	420
DEPENSES ENGAGEES	0.62	1.24	1.82	5.40	10.4	7.05	2.47	2.06	1.45	0.49	0.79	0.88	0.79

Source : préparée par le chercheur

Evolution entre 1 et 2 de DA de 1989 à 1992, les sommes réservées à cette rubrique ont atteint des sommets en 1993, 1994 et 1994 avec respectivement 5.456 milliards de DA, 10.41 milliards de DA et 7.05 milliards de DA pour descendre après à 2 milliards de DA en moyenne et finalement maîtrisées depuis 1999 avec seulement 0.79 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 (80% de la population algérienne totale évaluée à 28 millions de personnes en 1994) d'une part et d'autre part le 1/3 du budget de fonctionnement globale de l'ensemble des établissements publics de santé.

La maîtrise de ce type de dépenses est organisée depuis 1998 par le financement des services spécialisés des hôpitaux publics destinés à recevoir les malades lourds initialement transférés à l'étranger. Des conventions cadres ont été signées avec 37 services spécialisés pour la prise en charge des malades lourds en contre partie d'un financement d'équipements appropriés, des consommations et de médicaments par la C.N.A.S

### II.3 Les dépenses en médicaments

C'est le poste de dépenses qui a connu la plus grande évolution.

Tableau N0 10 : évolution de dépenses en médicaments

ANNEE	19	19	19	19	199	19	19	19	19	19	20	20	20	20	200	200
S	90	91	92	93	4	95	96	97	98	99	00	01	02	03	4	5
DEPEN																
SES	0.9	1.3	3.	5.5	6.5	10.	14.	16.	16.	17.	19.	22	26.	33.	40.	46.0
ENGAG	4	6	50	0	0	57	9	92	64	0	4	.9	8	33	0	
EES																

Source : préparée par le chercheur

2005\*prévision

De 0.94 milliards de DA en 1990, cette dépense est passée à 10.57 milliards de DA en 1995. Les sommes en 1996, 1997, 1998 et 1999 avec respectivement 4.9, 16.92, 16.44 et 17.00 passent à 17.00 milliards pour atteindre 40.00 milliards de DA en 2004, enregistrant une forte croissance.

Cette augmentation s'explique par : <sup>(36)</sup>

- le renchérissement des prix des médicaments du aux dévaluations successives de la monnaie locale;

<sup>36</sup> LARBI LAMRI. Op. Cit. P.142

- le système des marges plafonnées calculées au pourcentage au lieu des marges absolues, système qui favorise les médicaments les plus chers;
- l'absence d'un système de références, existence de prix différents pour des médicaments identiques;
- l'absence de promotion des génériques;
- les actes irréguliers en matière d'utilisation frauduleuse des vignettes pour le remboursement des sommes indiquées;
- 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;
- une nomenclature de médicaments très large;
- la faible mesure du "dé - remboursement" concernant certains médicaments.

La liste des médicaments du (dé rembourser" est courte.

II.4 les actes médicaux et les autres médicaux, les indemnités journalières maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité et l'assurance décès.

Tableau N° 11 : Evolution de dépenses des actes médicaux et des autres prestations

Années	1998	2003	2004	2005*
Frais d'actes médicaux	2.41	1.77	2.00	2.20
Indemnités journalières	2.63	3.87	4.60	5.00
Assurance maternité	1.03	1.60	1.80	2.10
Assurance invalidité	1.78	3.19	3.80	4.00
Assurance décès	1.74	2.93	3.80	4.00
<b>Total</b>	<b>9.59</b>	<b>13.36</b>	<b>16.00</b>	<b>17.30</b>

Source : préparée par le chercheur

2005\* PREVISION

Globalement, ce poste a lui aussi enregistré une augmentation. En effet, les dépenses sont passées de 2 milliards de DA en 1988 à 9.50 pour atteindre 16 milliards de DA en 2004.

Ce poste aurait connu plus d'augmentation si ce n'était le maintien des valeurs monétaires, des lettres clés, des actes médicaux et des examens et analyses médicales datant de 1987 qui sont en deçà de la réalité et des prix pratiqués par le

secteur privé (les débours réellement avancés par les usagers sont 3 à 4 fois supérieurs aux tarifs de remboursement dont les valeurs des lettres clés n'ont pas été actualisées depuis 1987).

Notons qu'à ce niveau, il y a un recours de plus en plus élevé au secteur privé (consultations, hospitalisation, examens et analyses médicales) dont le développement ne cesse de croître.

La faiblesse des actions de prévention en milieu professionnel, le peu de respect des conditions d'hygiène et de sécurité par de nombreuses entreprises ont contribué à l'augmentation des dépenses dues aux accidents de travail et des maladies professionnelles.

Avec le développement du secteur privé qui accorde moins d'importance aux mesures de prévention; la faiblesse de la législation algérienne en matière de prévention de ces risques et surtout la faible application et observation de celle déjà existante va insuffler une évolution rapide à ce type d'affectation dont la prise en charge sera plus importante les années à venir.

Tableau N° 12 : Evolution de dépenses liées aux accidents de travail et maladie professionnelle en milliards de DA

RUBRI	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	20	200	200	20	200	200
QUES	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	1	2	03	4	5
DEPEN																
SES	1.7	1.2	1.	2.	2.	3.	4.	4.	4.	5.	6.	6.9	7.2	8.4	10.0	11.
ENGAG	0	8	74	15	74	59	30	50	80	20	1			9		0
EES																

Source : préparée par le chercheur

2005\*PREVISION

Ce poste de dépense entregistre lui aussi une multiplication par 5 passant de 1.074 DA en 1990 à 5.2 milliards de DA en 1999. Il est passé aussi à 5.2 en 1999 à 10.00 milliards de Da en 2004, soit environ le doublement en 5 ans.

#### II.6 Les dépenses de fonctionnement

Les dépenses de fonctionnement représentent environ 6% de l'ensemble des dépenses. Elles sont estimées don à 3.76 (<sup>37</sup>) milliards de DA et couvrent essentiellement les dépenses de personnel.

#### IV. SYNTHÈSE DES POSTES DE DÉPENSES

Globalement l'évolution des montants des dépenses de la C.N.A.S semble pour lié à l'évolution de l'activité mais résulte davantage d'un effet inflationniste et de dévaluation de la monnaie locale.

Cela apparaît clairement dans les évolutions des remboursements des médicaments et du "forfait hôpitaux".

---

<sup>37</sup> Mansour Zine "Analyse de l'évolution structurelle des dépenses de santé et recherche de nouvelles sources de financements, thèse Magister (en arabe) université d'Alger, année universitaire 2003 p.119

Tableau 13 : "Synthèse des postes de dépenses 1998" en milliards de DA

POSTES DE DEPENSES	DEPENSES	%
Forfait hôpitaux	19.6	31.5
Transferts pour soins à l'étranger	1.45	2.3
Produits pharmaceutiques	16.44	26.3
Accidents de travail et maladies professionnelles	4.80	7.7
Actes médicaux	2.41	3.9
Indemnités journalières maladie	2.63	4.2
Assurance maternité	1.03	1.6
Assurance invalidité	1.78	2.8
Dépenses de fonctionnement	3.74	6.0
Autres dépenses c(investissements, conventions)	6.73	10.8
<b>TOTAL</b>	<b>62.40</b>	<b>100%</b>

Source : LARBI LAMRI. Op. Cit. P.145

A elles seules, les dépenses de santé directes (forfait hôpitaux, soins à l'étranger, médicaments et actes médicaux) représentent 64% de l'ensemble des dépenses de la C.N.A.S c'est dire l'importance des relations de la C.N.A.S et le système de soins.

## Section II : La contribution de la C.N.A.S au financement de la santé

Les modalités de financement de la santé en Algérie sont basées essentiellement sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la caisse nationale des assurances sociales (C.N.A.S), ainsi que sur une contribution de plus en plus importante des ménages. En 1998 les 3.6M du PIB consacrés à la santé se répartissaient comme suit <sup>(38)</sup> : 1.6% pour l'Etat, 1% pour la sécurité sociale et 1% pour les ménages.

Le financement de la santé montre actuellement des limites en terme de mobilisation des ressources additionnelles, pour assurer la prise en charge d'une demande nationale de santé en augmentation continue jusqu'à la fin de la décennie 80, le problème n'était pas le manque de ressources financières mais l'utilisation de ces moyens.

**Depuis les années 90, la solution s'est aggravée en raison des restrictions d'ordre financier. Cette date, les lois de finances disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale, aux budgets des établissements publics de santé, doit être mise en œuvre sur la base de relations contractuelles.** Elles précisent en

<sup>38</sup> Rapport Banque Mondiale année - 2000

outre que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux, sont à la charge du budget de l'Etat.

## I. LA CONTRIBUTION DE LA C.N.A.S. AUX DEPENSES NATIONALES DE SANTE

La dépense nationale de santé, selon les comptes nationaux de la santé élaborés par le ministère de la santé, a atteint en terme courant 80 milliards DA en 2003 et représente plus du double du montant en 1991 ou elle était estimée à 32.31 milliards de DA. Cependant, la dépense nationale de santé ne représente que 3.6% du PIB en 2001 contre 6% du PIB dans les années 80.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau N° 14 : Quelques indicateurs de comptes nationaux de la santé

INDICATEUR	VALEUR
PIB par habitant (en dollars internationaux), 2001	4.104
<b>Total des dépenses de santé</b>	
Total des dépenses de santé en % du PIB, 2001	4.1
Total des dépenses de santé par habitant (en taux de change officiel de l'US \$), 2001	73
Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux) 2001 g	169
<b>Dépenses publiques de santé</b>	
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé, 2001	75.0
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques, 2001 g	9.9
Dépenses publiques de santé par habitant (au taux de change officiel de l'US \$), 2001	55
Dépenses publiques de santé par habitant (en dollars internationaux), 2001	127
<b>Ressources pour les dépenses publiques de santé</b>	
Dépenses de sécurité sociale en % des dépenses publiques de santé, 2001	37.4
Ressources extérieures pour la santé en % du total des dépenses de santé, 2001	1
<b>Dépenses privées de santé</b>	
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé, 2001	25.0
<b>Ressources pour les dépenses privées de santé</b>	
Financement des assurances privées en % des dépenses privées de santé, 2001	5.1
Paiements directs en % des dépenses privées de santé, 2001	89.90

Source : Sit : l'OMS : [www.who.int](http://www.who.int)

La part de la sécurité dans les dépenses publiques est de 37.4% ce qui nous permet de dire que la C.N.A.S est un acteur majeur dans le système de financement de la santé algérienne.

## II. LA CONTRIBUTION DE LA C.N.A.S AU BUDGET DE FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX

La sécurité sociale participe au budget de fonctionnement des hôpitaux à travers une allocation forfaitaire annuelle appelée "forfait hôpitaux". L'évolution de ce forfait est bien claire dans le tableau (8) dans le 2<sup>ème</sup> chapitre de cette partie.

La comparaison entre la contribution de la C.N.A.S et les autres sources de financement des hôpitaux montre que le pourcentage de la contribution de la C.N.A.S est environ toujours de 40% du budget de fonctionnement des hôpitaux.

Tableau N° 15 : Evolution des budgets de fonctionnement des établissements de santé en matière de recettes (Secteurs Sanitaires, EHS et CHU)

(en milliers de Dinars algérienne)

RUBRIQUES	BUDGET1996	%	BUDGET 1997	%	BUDGET 1998	%	BUDGET 1999	%	E
Participation de l'Etat	25.536.787	59	27.983.00	59	28.780.880	58	31.245.515	58	3
Participation de la C.N.A.S	16.576.000	38	17.972.000	38	19.652.000	40	19.872.000	37	2
Remboursement de la C.N.A.S	300.000	1	300.000	1	300.000	1	300.000	1	
Autres Ressources	700.000	1.6	800.000	1.7	800.000	1.6	800.000	1	
Reliquats de Trésorerie	168.000	0.4	94.000	0.2	94.000	0.2	1.433.365	3	
<b>TOTAL</b>	<b>43.280.787</b>	<b>100</b>	<b>47.149.000</b>	<b>100</b>	<b>49.626.880</b>	<b>100</b>	<b>53.650.880</b>	<b>100</b>	<b>5</b>

Source : Développement du système national de santé stratégies et perspectif. Rapport du Ministère de la Santé et de la réforme hospitalière 2001. P.39

### Section III : La réforme de l'assurance maladie sociale et perspective d'avenir

La crise économique qui affecte l'Algérie depuis la moitié de la décennie 80 crée de nombreuses difficultés pour le système de sécurité sociale du pays. Ses conséquences sont pénibles et contribuent jusqu'à ce jour à aggraver les contraintes auxquelles est confronté le système.

La perte de près de 400.000 emplois, le blocage des salaires et la chute de l'emploi (taux de chômage près de 30%) ont impliqué de faibles niveaux de recettes pour les

organismes de sécurité sociale à caractère contributif et les enfoncent davantage dans des déficits chroniques qui menacent jusqu'à leur existence même.

Cette situation s'est aggravée dans la mesure où l'application du plan d'ajustement structurel n'a pas été suivie par une croissance économique significative et durable.

C'est dans ce contexte socio-économique nouveau, caractérisé par des contraintes majeures qu'une révision structurelle du système de sécurité sociale s'impose au pays. Les réformes attendues s'inscrivent dans l'adaptation du système projeté à ce nouveau contexte socio-économique.

## I. LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADE SOCIALE

L'ampleur des résultats concrets attendu des réformes de la sécurité sociale dépende largement des réussites des réformes menées dans le secteur économique dans le but d'asseoir une croissance économique durable. C'est cette croissance qui va soutenir la réorganisation de la sécurité sociale.

Les axes de réforme doivent porter sur les conditions d'une rénovation du système de sécurité sociale en termes de couverture et son élargissement à un grand nombre de populations avec leur implication dans son financement et dans une modernisation des conditions d'administration, de gestion et de bonne gouvernance des organisations publiques et privées.

### I.1 Principaux arguments pour un système d'assurance maladie sociale rénové

La tendance maladie est à l'adaptation généralisée des systèmes de sécurité sociale au contexte socio-économique réel de chaque pays et à l'environnement international (.....voir.....) notamment ces dernières années. A l'instar de nombreux pays, l'Algérie se doit d'adapter son système d'assurance maladie sociale aux données nouvelles sur le double plan du contexte socio-économique national et aux contraintes imposées par l'environnement international dans laquelle elle évolue.

Dans ce cadre, les principaux arguments de la nécessité de rénovation du système d'assurance maladie de la sécurité sociale sont <sup>(39)</sup> :

- les mutations socio-économiques importantes et structurelles exprimées à travers le passage d'une économie administrée à une économie régulée par les

---

<sup>39</sup> LARBI LAMRI, le système de sécurité social algérien O. CIT. p.138

mécanismes du marché. Ces mutations impliquent forcément 3 éléments fondamentaux :

- la structuration de la société algérienne en classes sociales distinctes dont le discriminant sera le revenu;
- la nécessité de l'intervention de l'Etat pour une redistribution (transferts sociaux) équitable des revenus;
- la nécessité d'ajuster les prélèvements sociaux de telle manière qu'ils ne pèsent pas lourdement sur les capacités d'investissements des entreprises économiques;
- la compétitivité internationale; l'économie algérienne s'insère progressivement dans l'économie mondiale à travers l'adhésion à l'OMC et l'accord d'association avec l'union européenne pour son entrée dans la zone de libre échange projetée pour la décennie à venir, d'où la nécessité pour elle d'adapter son système d'assurance sociale aux normes internationales;
- la fin de l'Etat providence, il est surréaliste et conteuse économiquement que l'Etat continu à être la principale source de financement de la protection sociale, l'assistance progressivement disparaître au profit d'une responsabilisation qui assoira mieux la citoyenneté;
- le système algérien de sécurité sociale vieux de 20 ans environ, doit être remplacé par un système moderne dans lequel il devrait être accordé une plus grande importance à la responsabilité, à l'efficacité et à la compétitivité.

## 1.2 Les éléments de stratégie

La formulation d'une stratégie nationale de développement de l'assurance sociale implique :

- d'élargir à d'autres opérateurs, la fonction de l'assurance sociale dans une optique de concurrence et l'amélioration de la qualité des prestations, ces opérateurs seraient au nombre de trois :
  - un système public d'assurance sociale de base financé par les prélèvements sociaux garantissant un niveau minimum de vie décente avec modulation des avantages en fonction des recettes et devant être consolidé;
  - un système d'assurances complémentaires impliquant les compagnies d'assurances privées, les salariés et les employeurs;

- un système de mutuelles de santé pour contribuer au développement des prestations;
- de réviser les régimes déficitaires structurellement par des actions d'ajustement significatif (introduction progressive de la capitulation-fonds de prévoyance) et études actuarielles (age de départ, durées de cotisation...);
- d'assurer une meilleure transparence pour la crédibilité des régimes auprès des assurés et des employeurs;
- de veiller à l'amélioration de la qualité des services offerts;
- de développer les capacités managériales des équipes dirigeantes des organismes publics de sécurité sociale en vue d'augmenter leur efficacité;
- la nécessité d'une convention d'un système d'assurance sociale rénové, moderne, transparent s'inspirant des normes universelles.

## II. LES PERSPECTIVES D'AVENIR

Ces perspectives visant à parvenir à un système social plus performant, moderne et donc en adéquation avec les principes universels en matière de sécurité sociale, notamment en ce qui concerne le droit à la santé, à un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail et à une retraite conséquente et méritée après des décennies de labeur et de cotisation.

Ce volet portera sur différents aspects dont la réelle prise en charge et la satisfaction des assurés sociaux, décideurs et gestionnaires. Dans ce cadre, il est nécessaire d'insister sur le fait que la concrétisation de tout projet de modernisation ne peut se faire sans la concertation et l'adhésion des bénéficiaires et autres partenaires concernés.

Qu'entendons nous en fait par défis en matière de modernisation ? S'agit-il :

- de recourir uniquement à des technologies nouvelles plus fiables et plus efficaces ?
- de mettre en place un cadre plus accueillant et des services automatisés à même de répondre avec plus de célérité aux attentes des usagers ?
- d'assurer l'équilibre financier sans se soucier réellement du niveau de satisfaction des assurés sociaux ?

La réponse est non car, si la modernisation vise aussi la mise sur pied d'une assurance sociale performante, celle-ci doit être plus offensive pour s'inscrire autour de projets répondant en priorité à une demande sociale clairement affichée.

Concernant le système d'assurance sociale algérien qui n'a en fait pas beaucoup à envier à ceux de nombreux autres pays dits développés, celui-ci pour améliorer ses performances devra s'imposer une évaluation objective pour pouvoir répondre aux exigences nouvelles dictées par un environnement en mutation.

Pour ce faire, et même si l'ensemble des conditions ne sont pas réunies pour mener à terme un tel travail, l'intervention sur certains aspects importants peut aider à améliorer sensiblement la situation. Il s'agira dans ce cadre : (à revoir.....).

En matière de lois et réglementations

d'assainir, d'actualiser et de compléter les lois et réglementation en matière de sécurité sociale de manière :

- < d'une législation et d'une réglementation claires et exhaustives;
- < d'un personnel suffisant, qualifié et motivé,
- < d'un système ou fichier national d'immatriculation et d'affiliation actualisé;
- < d'un dispositif de traitement, de suivi et de contrôle des recettes et des dépenses pertinent et automatisé;
- < d'une nomenclature informatisée et actualisée des médicaments remboursables;
- < de références médicales ou professionnelles opposables;
- < de conférences d'experts et de consensus validées;
- < d'une nomenclature d'actes professionnels détaillés et actualisés;
- < de conventions clairement établies avec les différents partenaires... ne feront que l'améliorer d'avantage.

En matière de prospective

De réaliser des études et travaux actuariels dans les différents domaines qui intéressent les activités de la C.N.A.S et dont les résultats et argumentations faciliteront la prise de décision. Parmi les thèmes d'actualité nécessitant des éclairages on peut citer "l'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale en Algérie".

## CONCLUSION

Il est apparu tout au long de cette étude, que l'assurance maladie sociale est un mécanisme très important pour le financement de la santé dans le monde, et en Algérie en particulier.

En 2004, le taux de participation de sécurité sociale au financement public de la santé est de 37.4%. Les cotisations destinées à la C.N.A.S couvrent la maladie, les décès, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

En terme de chiffre, la sécurité sociale en Algérie couvre environ 28 millions de personnes représentant plus de 85% de la population algérienne, dont 7.973.434 d'individus sont assurés par la C.N.A.S.

Le bilan financier de la C.N.A.S est plus ou moins favorable, durant les 5 dernières années. Il a atteint en 2004, un excédent de 3,6 milliards de Dinar Algérien (D.A) contre un déficit de (-4.5) milliards de DA en 1996.

Les dépenses de santé directes (forfaits hôpitaux, soins à l'étranger, médicaments et actes médicaux) représentent 64% de l'ensemble des dépenses de la C.N.A.S traduisant ainsi l'importance des relations de la C.N.A.S et le système de la santé.

Le problème actuel de la C.N.A.S est le non paiement de cotisation. Il est estimé que plus de 6% de la part des cotisations est sous déclarée ou non déclarée. Le taux de recouvrement est estimé par les services du ministère chargé des affaires sociales et de la solidarité nationale, à seulement 85%. En plus des problèmes de gestion d'information et d'informatisation.

Pour répondre aux objectifs de la sécurité sociale algérienne que sont la généralisation de la couverture sociale et amélioration de la qualité des soins, la C.N.A.S doit assurer la couverture sociale pour tous les travailleurs salariés, ses ayants droits et les catégories particulières avec une bonne qualité.

## BIBLIOTHEQUE

1. Agent Conffinhal, concurrence en assurance santé : entre efficacité et sélection, thèse doctorat en sciences économiques, Université Paris XI. Septembre 1999.
2. AISS, Rapport du BIT, Extension de la couverture de la Sécurité Sociale en Afrique, janvier 2004
3. ALAMI Graft Abdeljalil, l'Assurance – maladie obligatoire au cœur du débat au Maroc, conférence internationale de l'AIM 2003
4. ALI OUATTARA, les déterminants socio-économiques de la demande d'assurance maladie privée DAKAR, CESAG – ISS – DSES, DAKAR, mai 2002
5. BA Bineta Diabel. Identification des facteurs de mise en place des mutuelles de santé de femmes dans la région de Thiès. CESAG – ISS – DAKAR, 2004
6. Babacar Mamadou DAFF, Etude sur la capacité des mutuelles de santé du Sénégal d'assurer une meilleure accessibilité financière aux soins, mémoire CESAG – ISS – DSES – DAKAR mai 2000
7. BATCHABI ADAM DRAMANE, Mémoire de fin d'études : causes générales d'accroissement des dépenses de santé d'une assurance maladie privée : cas de l'Alliance Africaine d'assurance de Cote d'Ivoire, CESAG – ISS – DSES, DAKAR, mai 2003
8. Bernard Dourcade, les observations de l'emploi et de la formation professionnelle, outils de gestion de transformation du Marché du Travail.. Les cas de l'Algérie et de la Tunisie, décembre 2000
9. BIT, Le financement du soin de santé dans le Monde, Edition 2002
10. BIT, Mutuelles de santé en Afrique : caractéristiques et mise en place (manuel de formateurs) Edition 2004
11. Centre for Administrative Innovation in the euro-Mediterranean Région, Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne, cas de l'Algérie, octobre 2003
12. Charles Philips, "les fondements de l'économie de la santé, (nouveaux Horizons)
13. Daniel BOUTON, Treize propositions pour la Réforme de l'Assurance-maladie, le Monde, 25/12/2003
14. DIABAT AMADOU, Etude de la PERTINENCE de la réassurance des Mutuelles de santé : cas des mutuelles de santé de Thiès, CESAG – ISS – DSES, DAKAR, juin 2003
15. Dictionnaire petit Larousse Edition, 2002

16. DIOP Ousseynou, Mémoire de fin d'études : analyses des dépenses médicales des institutions de prévoyance maladie (IPM) au Sénégal : impact du Risque moral, CESAG – ISS – DAKAR, janvier 2004
17. Farida BESSA, Monographie Pays; Algérie 2004
18. Florence Justo, "Revenu et Moralité : Analyse Economique des inégalités sociales de santé en France", Thèse Doctorat en Sciences Economiques, l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences, décembre 2003
19. GTZ Allemand, Mutuelles de santé 5 Années d'expérience en Afrique de l'Ouest, Edition 2003
20. H. Khaldoun "Les grand défis actuels du Système de Sécurité Sociale en Algérie, séminaire international sur la modernisation de Sécurité Sociale 2003
21. HANNOUZ MOURAD, KHADIR Mohamed, PRECIS de sécurité sociale Edition (OPU) 1996
22. Kamel Chérif, Dictionnaire général de l'assurance, Edition Gal Algérie 2000
23. La région méditerranéenne, cas de l'Algérie, octobre 2003
24. LAHLOU KACINI, l'Etablissement public à gestion spécifique (E.P.G.S) mode d'exécution du service public de la sécurité sociale en Algérie, Revue de l'Ecole Nationale d'Administration Volume 3 numéro 1 – 1993
205. LARBI LAMRI, Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique Edition, office des publications universitaires (OPU) 2001
26. Les comptes de la sécurité sociale, Edition Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Française, mai 1999
27. Lexique d'économie, 8<sup>ème</sup> Edition, DALLOZ, Année 2004
28. Mamoudou VAH, Perception de la Mutuelle "DIMELI YOF" par les populations du VILLAGE de YOFF – Sénégal – CESAG – ISS – DSES, DAKAR, Mai 1994
29. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, "le développement de Système National de la Santé, 2004
30. Philips Musgrove, Riadh Zeramdini et Guy Carrin, "Physionomie des dépenses nationales de santé" étude pour l'OMS, 2002
31. Philippe SCHILLIGER. Relations prescripteurs Assurance Maladie pour une nationalisation des dépenses de médicaments, séminaire international sur la modernisation de Sécurité Sociale 2003
32. Rapport Banque Mondiale 2000

33. Rapport du Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, "la Santé des Algériens et des Algériennes", décembre 2004
34. Rapport du Ministère Française des Affaires Etrangères : Risque Maladie dans les Assurances Sociales : bilan et perspectives dans les PVD, septembre 2000
35. Rolande RUELLAN, "Rapport sur les Relations entre l'Etat et l'Assurance – maladie", Paris décembre 2002

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## LES ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**Répartition nationale de la population assuré par  
Catégorie, Sexe et Tranche d'âge**

**Base de données arrêtée en Octobre 2004**

Tranche d'âge (ans)		< 16	16 à 20	21 à 25	26 à 30	31 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	> à 70	Total
<b>Catégorie &amp; Sexe</b>															
<b>01.SALARIES ACTIFS</b>	F	159	3.754	52.563	145.243	162.540	154.319	111.344	69.464	39.796	20.757	10.594	6.784	10.880	788.197
	M	569	34.792	247.550	475.576	593.356	608.119	548.390	469.529	324.930	166.455	72.286	39.238	28.010	3.608.800
<b>Total / Catégorie</b>		<b>728</b>	<b>38.546</b>	<b>300.113</b>	<b>620.819</b>	<b>755.896</b>	<b>762.438</b>	<b>659.734</b>	<b>538.993</b>	<b>364.726</b>	<b>187.212</b>	<b>82.880</b>	<b>46.022</b>	<b>38.890</b>	<b>4.396.997</b>
<b>02.RETRAITE</b>	F	22	1.046	10.369	20.365	23.363	20.214	19.317	25.655	32.267	38.563	51.536	62.400	160.818	465.935
	M	77	82	346	506	690	757	1.325	9.228	68.133	84.118	147.628	154.110	341.878	808.878
<b>Total / Catégorie</b>		<b>99</b>	<b>1.128</b>	<b>10.715</b>	<b>20.871</b>	<b>24.053</b>	<b>20.971</b>	<b>20.642</b>	<b>34.883</b>	<b>100.400</b>	<b>122.681</b>	<b>199.164</b>	<b>216.510</b>	<b>502.696</b>	<b>1.274.813</b>
<b>03.PENSION INVALIDITE ET RENTE AT/MP</b>	F	6.475	5.674	9.824	11.202	11.049	10.838	9.665	8.785	7.585	5.556	5.626	5.638	16.188	114.105
	M	9.646	9.482	18.051	19.972	19.598	18.115	15.940	15.298	14.259	10.737	7.772	6.008	15.338	180.216
<b>Total / Catégorie</b>		<b>16.121</b>	<b>15.156</b>	<b>27.875</b>	<b>31.174</b>	<b>30.647</b>	<b>28.953</b>	<b>25.605</b>	<b>24.083</b>	<b>21.844</b>	<b>16.293</b>	<b>13.398</b>	<b>11.646</b>	<b>31.526</b>	<b>294.321</b>
<b>04.PENSION DE CHOMAGE</b>	F	2	1	7	35	413	981	757	413	222	127	76	57	39	3.130
	M	6	8	25	137	2.221	8.710	15.525	17.003	8.876	4.241	1.990	670	169	59.581
<b>Total / Catégorie</b>		<b>8</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>172</b>	<b>2.634</b>	<b>9.691</b>	<b>16.282</b>	<b>17.416</b>	<b>9.098</b>	<b>4.368</b>	<b>2.066</b>	<b>727</b>	<b>208</b>	<b>62.711</b>
<b>05.ETUDIANT</b>	F	97	71.815	271.372	123.573	17.037	2.335	489	182	111	65	88	144	518	487.826
	M	204	127.795	303.653	103.625	11.554	1.114	318	183	117	69	100	112	376	549.220
<b>Total / Catégorie</b>		<b>301</b>	<b>199.610</b>	<b>575.025</b>	<b>227.198</b>	<b>28.591</b>	<b>3.449</b>	<b>807</b>	<b>365</b>	<b>228</b>	<b>134</b>	<b>188</b>	<b>256</b>	<b>894</b>	<b>1.037.046</b>
<b>06.MOUDJAHIDINES</b>	F	3	30	318	211	110	136	733	3.027	2.980	3.443	9.617	15.448	42.043	78.099
	M	5	27	336	210	66	97	169	497	470	819	3.150	5.089	16.857	27.792
<b>Total / Catégorie</b>		<b>8</b>	<b>57</b>	<b>654</b>	<b>421</b>	<b>176</b>	<b>233</b>	<b>902</b>	<b>3.524</b>	<b>3.450</b>	<b>4.262</b>	<b>12.767</b>	<b>20.537</b>	<b>58.900</b>	<b>105.891</b>
<b>07.AFS/IAIG</b>	F	444	1.898	12.178	23.251	20.911	17.423	16.019	14.680	12.826	10.522	14.956	23.176	94.635	262.919
	M	660	3.870	17.982	22.179	21.047	17.939	15.032	13.459	11.480	9.706	15.604	22.119	69.235	240.312
<b>Total / Catégorie</b>		<b>1.104</b>	<b>5.768</b>	<b>30.160</b>	<b>45.430</b>	<b>41.958</b>	<b>35.362</b>	<b>31.051</b>	<b>28.139</b>	<b>24.306</b>	<b>20.228</b>	<b>30.560</b>	<b>45.295</b>	<b>163.870</b>	<b>503.231</b>
<b>09.AUTRES CATEGORIES PARTICULIERES</b>	F	5	16	52	53	40	60	65	81	70	55	78	100	260	935
	M	10	87	139	89	65	55	43	50	52	25	36	38	114	803
<b>Total / Catégorie</b>		<b>15</b>	<b>103</b>	<b>191</b>	<b>142</b>	<b>105</b>	<b>115</b>	<b>108</b>	<b>131</b>	<b>122</b>	<b>80</b>	<b>114</b>	<b>138</b>	<b>374</b>	<b>1.738</b>
<b>10.AUTRES ASSURES SOCIAUX</b>	F	106	1.080	9.069	13.562	7.240	3.138	2.461	2.717	2.911	3.838	5.544	6.382	13.827	71.875
	M	164	2.343	10.737	12.168	11.204	16.072	23.547	26.106	21.073	13.884	18.411	19.754	49.348	224.811
<b>Total / Catégorie</b>		<b>270</b>	<b>3.423</b>	<b>19.806</b>	<b>25.730</b>	<b>18.444</b>	<b>19.210</b>	<b>26.008</b>	<b>28.823</b>	<b>23.984</b>	<b>17.722</b>	<b>23.955</b>	<b>26.136</b>	<b>63.175</b>	<b>296.686</b>
	F	7.313	85.314	365.752	337.495	242.703	209.444	160.850	125.004	98.768	82.926	98.115	120.129	339.208	2.273.021
	M	11.341	178.486	598.819	634.462	659.801	670.978	620.289	551.353	449.390	290.054	266.977	247.138	521.325	5.700.413
	<b>T</b>	<b>18.654</b>	<b>263.800</b>	<b>964.571</b>	<b>971.957</b>	<b>902.504</b>	<b>880.422</b>	<b>781.139</b>	<b>676.357</b>	<b>548.158</b>	<b>372.980</b>	<b>365.092</b>	<b>367.267</b>	<b>860.533</b>	<b>7.973.434</b>

SOURCE: CNAS.org.dz.

# LOI N° 83-11 DU 2 JUILLET 1983 RELATIVE AUX ASSURANCES SOCIALES

( MODIFIEE ET COMPLETEE )

**NB** : En application de l'art 3 de l'Ord 95-01, la notion de « salaire de poste figurant dans la présente loi est remplacée par l'expression « assiette de cotisation de sécurité sociale » telle que définie par l'art 1 de l'ord 95-01.

**Références** : JORA n° 28 / 1983 et rectificatif JORA n° 37 / 1983.

## **Modifiée et complétée par :**

- 1 - Décret législatif n° 94-04 du 30 Chaoual 1414 correspondant au 11 avril 1994. ( JORA n° 20 / 1994 )
- 2 - Ordonnance n° 96-17 du 20 Safar 1417 correspondant au 6 juillet 1996. ( JORA n° 42 / 1996 )

## **Le Président de la République,**

- Vu la Charte nationale, notamment son titre sixième V - 7°;
- Vu la Constitution, notamment ses articles 151, 154 et 155;
- Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 1<sup>er</sup>, 9, 129, 143, 146, 187 à 198, 212 et 216;
- Vu l'ordonnance n° 74-08 du 30 janvier 1974 relative à la tutelle des organismes de sécurité sociale;
- Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée, relative à la retraite; ( ajout DL 94-04 )
- Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles; ( ajout DL 94-04 )
- Vu la loi n° 83-14 du 2 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale; ( ajout ord 96-17 )
- Vu la loi n° 83-15 du 2 juillet 1983 relative au contentieux en matière de sécurité sociale; ( ajout ord 96-17 )
- Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail; ( ajout DL 94-04 )

- Vu le décret législatif n° 94-08 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 portant loi de finances complémentaire pour 1994, notamment son article 22; ( ajout ord 96-17 )
- Vu le décret législatif n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant la retraite anticipée; ( ajout ord 96-17 )
- Vu le décret législatif n° 94-11 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant l'assurance chômage en faveur des salariés susceptibles de perdre de façon involontaire et pour raison économique leur emploi; ( ajout ord 96-17 )
- Vu le décret législatif n° 94-12 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994, modifié et complété, fixant le taux de cotisation de sécurité sociale; ( ajout ord 96-17 )
- Vu l'ordonnance n° 95-01 du 19 Chaâbane 1415 correspondant au 21 janvier 1995 fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale; ( ajout ord 96-17 )

Après adoption par l'Assemblée populaire nationale,

**Promulgue la loi dont la teneur suit :**

## DISPOSITIONS PRELIMINAIRES

**Article 1<sup>er</sup>**. - La présente loi a pour objet d'instituer un régime unique d'assurances sociales.

**Art 2**. - Les assurances sociales couvrent les risques suivants : maladie, maternité, invalidité, décès.

## TITRE I BENEFICIAIRES

**Art 3**. - Bénéficient des dispositions de la présente loi, tous les travailleurs, qu'ils soient salariés ou assimilés à des salariés, et ce, quel que soit le secteur d'activité auquel ils appartiennent et le régime dont ils relevaient antérieurement à la date d'effet de la présente loi.

Les modalités d'application du présent article seront précisées par décret.

***NB*** : *Texte d'application, voir art 1 et 2 D 85-33 ( p 161 ) et art 1<sup>er</sup> D 85-34 ( p 116 ).*

**Art 4.** - Bénéficiaire des prestations en nature, les personnes physiques non salariées qui exercent effectivement, pour leur propre compte, une activité industrielle, commerciale, libérale, artisanale, agricole ou toute autre activité, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Les personnes précitées bénéficient, également, de prestations en espèces, sous forme d'allocations de décès et d'invalidité.

Un décret fixera la liste des bénéficiaires et les conditions particulières d'application du présent article.

*NB : Texte d'application, voir D 85-35 (p 485).*

**Art 5.** ( complété par art 2 ord 96-17 ) -Bénéficiaire des prestations en nature :

a - les moudjahidine ainsi que les titulaires de pensions au titre de la législation des moudjahidine et des victimes de la guerre de libération nationale, lorsqu'ils n'exercent aucune activité professionnelle;

b - les personnes handicapées, physiques ou mentales, qui n'exercent aucune activité professionnelle;

c - les étudiants;

d - les bénéficiaires du soutien de l'Etat aux catégories défavorisées et démunies. ( art 2 ord 96-17 )

*NB : Texte d'application, voir art 1<sup>er</sup> D 85-34 (p 116).*

**Art 6.** - Sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales, les personnes, quelle que soit leur nationalité, occupées sur le territoire nationale, salariées ou travaillant, à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ou de leur relation de travail.

Les modalités d'application du présent article seront définies par décret.

## **TITRE II PRESTATIONS**

*NB : Les modalités d'application de ce titre sont fixées par le D 84-27 (p 219).*

### **CHAPITRE I ASSURANCE MALADIE**

**Art 7.** ( modifié par art 3 ord 96-17 ) - Les prestations de l'assurance maladie comportent :

- 1° - **Prestations en nature** : la prise en charge des frais de soins de santé, à titre préventif et curatif, en faveur de l'assuré et de ses ayants-droit;
- 2° - **Prestations en espèces** : l'attribution d'une indemnité journalière au travailleur salarié contraint, pour cause de maladie, d'interrompre momentanément son travail.

( art 3 ord 96-17 )

✕ *Ancienne formulation* : 2° - Prestations en espèces : l'attribution d'une indemnité journalière au travailleur contraint, pour cause de maladie, d'interrompre momentanément son travail.

### SECTION 1

#### PRESTATIONS EN NATURE

**Art 8.** ( modifié par art 4 ord 96-17 ) - Les prestations en nature de l'assurance maladie comportent la couverture des frais :

- ◆ médicaux;
- ◆ chirurgicaux;
- ◆ pharmaceutiques;
- ◆ d'hospitalisation;
- ◆ d'explorations biologiques, électro-radiographiques, endoscopiques et isotopiques;
- ◆ de soins et de prothèses dentaires;
- ◆ d'optique médicale;
- ◆ des cures thermales ou spécialisées en relation avec les pathologie 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;
- ◆ prestations liées au planning familial.

La liste des frais prévus au présent article peut être complétée par décret.

- ✂ Art 8. ( ancien, L 83-11 ) - Les prestations en nature de l'assurance maladie comportent la couverture des frais :
- médicaux,
  - chirurgicaux,
  - pharmaceutiques,
  - d'hospitalisation,
  - d'explorations biologiques, électro-radiographiques, endoscopiques et isotopiques,
  - de soins et de prothèses dentaires,
  - d'optique médicale,
  - de cures thermales et spécialisées,
  - 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.
- La liste des frais prévus au présent article peut être complétée par décret.

**Art 9.** ( modifié par art 5 ord 96-17 ) - Les frais de déplacement de l'assuré, de ses ayants-droit et, le cas échéant, de son accompagnateur, sont pris en charge dans les conditions fixées par voie réglementaire, lorsque celui-ci est convoqué par l'organisme de sécurité sociale pour un contrôle médical, une expertise ou par la commission d'invalidité ou lorsque le traitement ou les soins ne peuvent être dispensés dans sa commune de résidence.

- ✂ Art 9. ( ancien, L 83-11 ) - Les frais de déplacement de l'assuré, de ses ayants-droit et, le cas échéant, de son accompagnateur, sont pris en charge dans les conditions fixées par voie réglementaire, lorsque celui-ci est convoqué par l'organisme de sécurité sociale pour un contrôle médical ou une expertise, ou lorsque le traitement doit être dispensé dans un établissement sanitaire autres que celui de sa résidence.

**Art 10.** - Les prestations ne peuvent être accordées que si les soins ont été prescrits par un médecin ou par toute personne habilitée à cet effet par la réglementation.

**Art 11.** - Les frais de prothèse dentaire ne concernent que les appareils fonctionnels ou thérapeutiques ou ceux nécessaires à l'exercice de certaines professions.

La liste de ces professions sera fixée par voie réglementaire.

**Art 12.** - Les prestations prévues à l'article 8 ci-dessus sont attribuées sans limitation de durée si l'assuré remplit, à la date des soins, les conditions d'ouverture des droits.

**Art. 13.** ( modifié par art 6 ord 96-17 ) - **Le dossier médical doit être adressé ou présenté à l'organisme de sécurité sociale, dans les trois ( 3 ) mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu; dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les trois ( 3 ) mois qui suivent la fin du traitement.**

**Le défaut d'accomplissement des formalités prévues à l'alinéa précédent, peut entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle l'organisme de sécurité sociale aura été effectivement mis, sauf cas de force majeure justifiée par le bénéficiaire, dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.**

✕ *Art. 13. ( ancien, L 83-11 ) - Le dossier médical doit être adressé ou présenté à l'organisme de sécurité sociale, dans les trois mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu; dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les trois mois qui suivent la fin du traitement.*

*Le défaut des formalités prévues à l'alinéa précédent entraîne, sauf cas de force majeure prouvée par le bénéficiaire, déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle l'organisme de sécurité sociale aura été mis dans l'impossibilité d'exercer son travail.*

## SECTION 2 PRESTATIONS EN ESPECES

**Art 14.** ( modifié par art 7 ord 96-17 ) - Le travailleur se trouvant dans l'incapacité physique ou mentale, constatée médicalement, de continuer ou de reprendre son travail, a droit à une indemnité journalière fixée ainsi qu'il suit :

♦ du premier ( 1<sup>er</sup> ) au quinzième ( 15<sup>ème</sup> ) jour suivant l'arrêt du travail : 50 % du salaire journalier après déduction des cotisations de sécurité sociale et de l'impôt; ( art 7 ord 96-17 )

✕ *Ancienne formulation* : - du 1<sup>er</sup> au 15<sup>ème</sup> jour suivant l'arrêt du travail : 50 % du salaire de poste journalier net;

♦ à partir du 16<sup>ème</sup> jour suivant l'arrêt du travail : 100 % du salaire visé ci-dessus;

♦ en cas de maladie de longue durée ou d'hospitalisation, le taux de 100 % est applicable à compter du premier jour d'arrêt du travail.

**Art 15.** ( modifié par art 8 ord 96-17 ) - L'indemnité journalière est due pour chaque jour ouvrable ou non; elle ne peut être supérieure au soixantième ( 1 / 60<sup>ème</sup> ) ou au trentième ( 1 / 30<sup>ème</sup> ), selon le cas du salaire mensuel perçu entrant en compte pour le calcul des prestations.

✕ *Art 15. ( ancien, L 83-11 ) - L'indemnité journalière est due pour chaque jour ouvrable ou non; elle ne peut être supérieure au trentième ( 1/30<sup>ème</sup> ) du salaire de poste mensuel perçu, pris pour base de calcul des prestations d'assurances sociales.*

**Art 16.** - L'indemnité prévue à l'article 15 ci-dessus est servie pendant une période d'une durée maximale de trois ( 3 ) ans, calculée dans les conditions ci-après :

1° - En cas d'affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période de trois ( 3 ) ans, calculée de date à date pour chaque affection.

Dans le cas d'interruption suivie de reprise du travail, il est ouvert un nouveau délai de trois ( 3 ) ans, dès l'instant où ladite reprise a été, au moins, d'un ( 1 ) an.

2° - En cas d'affections autres que les affections de longue durée, l'indemnité journalière est servie de telle sorte que pour une période quelconque de deux ( 2 ) années consécutives, le travailleur perçoive, au maximum, au titre d'une ou plusieurs affections, trois cents ( 300 ) indemnités journalières.

**NB** : Texte d'application, voir art 22 D 84-27 ( p 227 ).

**Art. 17.** - L'indemnité journalière est maintenue, en tout ou en partie, pendant une durée fixée par l'organisme de sécurité sociale :

- ◆ si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du travailleur;
- ◆ si le travailleur doit faire l'objet d'une rééducation fonctionnelle ou une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état.

Toutefois, cette durée ne peut excéder d'un ( 1 ) an le délai de trois ( 3 ) ans prévu à l'article 16 de la présente loi et ce, dans la limite du salaire perçu antérieurement.

**Art 18.** - Toute maladie d'un travailleur susceptible d'ouvrir droit à une indemnité journalière, doit être portée à la connaissance de l'organisme de sécurité sociale, sauf cas de force majeure, dans un délai fixé par voie réglementaire.

Le défaut de cette formalité peut entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux indemnités journalières, pour la période pendant laquelle le défaut de déclaration aura rendu le contrôle de l'organisme de sécurité sociale impossible.

*NB : Texte d'application, voir art 1 A du 13 -02-1984 ( p 237 ) et art 29 D 84-27 ( p 229 ).*

**Art 19.** - En cas d'affection de longue durée, ou d'affection entraînant une interruption de travail ou nécessitant des soins continus pendant une période supérieure à six ( 6 ) mois, l'organisme de sécurité sociale doit faire procéder, périodiquement, à un examen médical du bénéficiaire, en vue de déterminer, conjointement avec le médecin traitant, le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption.

La continuation du service des prestations est subordonné à l'obligation pour le bénéficiaire :

- 1° - de se soumettre, sous le contrôle de l'organisme de sécurité sociale, aux visites médicales et aux examens nécessités par son état;
- 2° - de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par l'organisme de sécurité sociale conjointement avec le médecin traitant;
- 3° - de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas de non respect des obligations ci-dessus indiquées, l'organisme de sécurité sociale peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

*NB : Texte d'application, voir art 26 et 28 D 84-27 ( p 228 ).*

**Art 20.** - La liste des affections de longue durée est fixée par voie réglementaire.

*NB : Texte d'application, voir art 21 D 84-27 ( p 226 ).*

**Art 21.** ( modifié par art 9 ord 96-17 ) - Les indemnités journalières sont revalorisées en fonction de l'évolution du salaire, soumis à cotisations, d'un travailleur de la même catégorie professionnelle que le travailleur concerné.

✕ *Art 21.* ( ancien, L 83-11 ) - Les indemnités journalières sont revalorisées en fonction de l'évolution du salaire de poste du travailleur.

**Art 22.** - Le montant de l'indemnité journalière au taux de 100 %, ne peut être inférieur à huit ( 8 ) fois le montant net du taux horaire du salaire national minimum garanti.

## CONVENTION N° 102

### Convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale<sup>1</sup>

La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail,  
Convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international  
du Travail, et s'y étant réunie le 4 juin 1952, en sa trente-cinquième  
session;

Après avoir décidé d'adopter diverses propositions relatives à la norme  
minimum de la sécurité sociale, question qui est comprise dans le  
cinquième point à l'ordre du jour de la session;

Après avoir décidé que ces propositions prendraient la forme d'une conven-  
tion internationale,

adopte, ce vingt-huitième jour de juin mil neuf cent cinquante-deux, la convention  
ci-après, qui sera dénommée Convention concernant la sécurité sociale (norme  
minimum), 1952.

#### PARTIE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

##### Article 1

1. Aux fins de la présente convention :

- a) le terme « prescrit » signifie déterminé par ou en vertu de la législation nationale;
- b) le terme « résidence » désigne la résidence habituelle sur le territoire du Membre, et le terme « résident » désigne une personne qui réside habituellement sur le territoire du Membre;
- c) le terme « épouse » désigne une épouse qui est à la charge de son mari;
- d) le terme « veuve » désigne une femme qui était à la charge de son époux au moment du décès de celui-ci;
- e) le terme « enfant » désigne un enfant au-dessous de l'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin ou un enfant de moins de quinze ans, selon ce qui sera prescrit;
- f) le terme « stage » désigne soit une période de cotisation, soit une période d'emploi, soit une période de résidence, soit une combinaison quelconque de ces périodes, selon ce qui sera prescrit.

2. Aux fins des articles 10, 34 et 49, le terme « prestations » s'entend soit de soins fournis directement, soit de prestations indirectes consistant en un remboursement des frais supportés par l'intéressé.

##### Article 2

Tout Membre pour lequel la présente convention est en vigueur devra :

- a) appliquer:
- i) la partie I;
  - ii) trois au moins des parties II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX et X, comprenant l'une au moins des parties IV, V, VI, IX et X;
  - iii) les dispositions correspondantes des parties XI, XII et XIII;
  - iv) la partie XIV;
- b) spécifier dans sa ratification quelles sont celles des parties II à X pour lesquelles il accepte les obligations découlant de la convention.

### Article 3

1. Un Membre dont l'économie et les ressources médicales n'ont pas atteint un développement suffisant peut, si l'autorité compétente le désire et aussi longtemps qu'elle le juge nécessaire, se réserver le bénéfice, par une déclaration annexée à sa ratification, des dérogations temporaires figurant dans les articles suivants: 9 d); 12 (2); 15 d); 18 (2); 21 c); 27 d); 33 b); 34 (3); 41 d); 48 c); 55 d) et 61 d).

2. Tout Membre qui a fait une déclaration conformément au paragraphe 1 du présent article doit, dans le rapport annuel sur l'application de la présente convention qu'il est tenu de présenter en vertu de l'article 22 de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail, faire connaître à propos de chacune des dérogations dont il s'est réservé le bénéfice:

- a) soit que les raisons qu'il a eues pour ce faire existent toujours;
- b) soit qu'il renonce à partir d'une date déterminée à se prévaloir de la dérogation en question.

### Article 4

1. Tout Membre qui a ratifié la présente convention peut, par la suite, notifier au Directeur général du Bureau international du Travail qu'il accepte les obligations découlant de la convention en ce qui concerne l'une des parties II à X qui n'ont pas déjà été spécifiées dans sa ratification, ou plusieurs d'entre elles.

2. Les engagements prévus au paragraphe 1 du présent article seront réputés partie intégrante de la ratification et porteront des effets identiques dès la date de leur notification.

### Article 5

Lorsqu'en vue de l'application de l'une quelconque des parties II à X de la présente convention visées par sa ratification un Membre est tenu de protéger des catégories prescrites de personnes formant au total au moins un pourcentage déterminé des salariés ou résidents, ce Membre doit s'assurer, avant de s'engager à appliquer ladite partie, que le pourcentage en question est atteint.

### Article 6

En vue d'appliquer les parties II, III, IV, V, VIII (en ce qui concerne les soins médicaux), IX ou X de la présente convention, un Membre peut prendre en compte la protection résultant d'assurances qui, en vertu de la législation nationale, ne sont pas obligatoires pour les personnes protégées, lorsque ces assurances:

- a) sont contrôlées par les autorités publiques ou administrées en commun, conformément à des normes prescrites, par les employeurs et les travailleurs;

- b) couvrent une partie substantielle des personnes dont le gain ne dépasse pas celui de l'ouvrier masculin qualifié;
- c) satisfont, conjointement avec les autres formes de protection, s'il y a lieu, aux dispositions de la convention qui leur sont relatives.

## PARTIE II. SOINS MÉDICAUX

### Article 7

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

### Article 8

L'éventualité couverte doit comprendre tout état morbide quelle qu'en soit la cause, la grossesse, l'accouchement et leurs suites.

### Article 9

Les personnes protégées doivent comprendre :

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés, ainsi que les épouses et les enfants des salariés de ces catégories;
- b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents, ainsi que les épouses et les enfants des membres de ces catégories;
- c) soit des catégories prescrites de résidents, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des résidents;
- d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins, ainsi que les épouses et les enfants des salariés de ces catégories.

### Article 10

1. Les prestations doivent comprendre au moins :

- a) en cas d'état morbide :
  - i) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile;
  - ii) les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux;
  - iii) la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié;
  - iv) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire;
- b) en cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites :
  - i) les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée;
  - ii) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

2. Le bénéficiaire ou son soutien de famille peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide; les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elles n'entraînent pas une charge trop lourde.

3. Les prestations fournies conformément au présent article doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

4. Les départements gouvernementaux ou institutions attribuant les prestations doivent encourager les personnes protégées, par tous les moyens qui peuvent être considérés comme appropriés, à recourir aux services généraux de santé mis à leur disposition par les autorités publiques ou par d'autres organismes reconnus par les autorités publiques.

#### Article 11

Les prestations mentionnées à l'article 10 doivent, dans l'éventualité couverte, être garanties au moins aux personnes protégées qui ont accompli ou dont le soutien de famille a accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus.

#### Article 12

1. Les prestations mentionnées à l'article 10 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité couverte, avec cette exception qu'en cas d'état morbide la durée des prestations peut être limitée à vingt-six semaines par cas; toutefois les prestations médicales ne peuvent être suspendues aussi longtemps qu'une indemnité de maladie est payée et des dispositions doivent être prises pour élever la limite susmentionnée lorsqu'il s'agit de maladies prévues par la législation nationale pour lesquelles il est reconnu que des soins prolongés sont nécessaires.

2. Lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, la durée des prestations peut être limitée à treize semaines par cas.

### PARTIE III. INDEMNITÉS DE MALADIE

#### Article 13

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution d'indemnités de maladie, conformément aux articles ci-après de ladite partie:

#### Article 14

L'éventualité couverte doit comprendre l'incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale.

#### Article 15

Les personnes protégées doivent comprendre:

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;
- b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents;

- c) soit tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;
- d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins.

#### Article 16

1. Lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66.

2. Lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions de l'article 67.

#### Article 17

La prestation mentionnée à l'article 16 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins aux personnes protégées qui ont accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus.

#### Article 18

1. La prestation mentionnée à l'article 16 doit être accordée pendant toute la durée de l'éventualité, sous réserve que la durée de la prestation puisse être limitée à vingt-six semaines par cas de maladie, avec la possibilité de ne pas servir la prestation pour les trois premiers jours de suspension du gain.

2. Lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, la durée de la prestation peut être limitée :

- a) soit à une période telle que le nombre total de jours pour lesquels l'indemnité de maladie est accordée au cours d'une année ne soit pas inférieur à dix fois le nombre moyen des personnes protégées pendant la même année;
- b) soit à treize semaines par cas de maladie, avec la possibilité de ne pas servir la prestation pour les trois premiers jours de suspension du gain.

### PARTIE IV. PRESTATIONS DE CHÔMAGE

#### Article 19

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de chômage, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

#### Article 20

L'éventualité couverte doit comprendre la suspension du gain — telle qu'elle est définie par la législation nationale — due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable dans le cas d'une personne protégée qui est capable de travailler et disponible pour le travail.

*Article 21*

Les personnes protégées doivent comprendre :

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés ;
- b) soit tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67 ;
- c) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins.

*Article 22*

1. Lorsque sont protégées des catégories de salariés, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66.

2. Lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions de l'article 67.

*Article 23*

La prestation mentionnée à l'article 22 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins aux personnes protégées qui ont accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus.

*Article 24*

1. La prestation mentionnée à l'article 22 doit être accordée pendant toute la durée de l'éventualité, avec cette exception que la durée de la prestation peut être limitée :

- a) lorsque sont protégées des catégories de salariés, à treize semaines au cours d'une période de douze mois ;
- b) lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites, à vingt-six semaines au cours d'une période de douze mois.

2. Au cas où la durée de la prestation serait échelonnée, en vertu de la législation nationale, selon la durée de la cotisation ou selon les prestations antérieurement reçues au cours d'une période prescrite, les dispositions de l'alinéa a) du paragraphe 1 seront réputées satisfaites si la durée moyenne de la prestation comporte au moins treize semaines au cours d'une période de douze mois.

3. La prestation peut ne pas être versée pendant un délai de carence fixé aux sept premiers jours dans chaque cas de suspension du gain, en comptant les jours de chômage avant et après un emploi temporaire n'excédant pas une durée prescrite comme faisant partie du même cas de suspension du gain.

4. Lorsqu'il s'agit de travailleurs saisonniers, la durée de la prestation et le délai de carence peuvent être adaptés aux conditions d'emploi.

PARTIE V. PRESTATIONS DE VIEILLESSE

Article 25

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de vieillesse, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

Article 26

1. L'éventualité couverte sera la survivance au-delà d'une âge prescrit.
2. L'âge prescrit ne devra pas dépasser soixante-cinq ans. Toutefois, un âge supérieur pourra être fixé par les autorités compétentes, eu égard à la capacité de travail des personnes âgées dans le pays dont il s'agit.
3. La législation nationale pourra suspendre les prestations si la personne qui y aurait eu droit exerce certaines activités rémunérées prescrites, ou pourra réduire les prestations contributives lorsque le gain du bénéficiaire excède un montant prescrit, et les prestations non contributives lorsque le gain du bénéficiaire, ou ses autres ressources, ou les deux ensemble, excèdent un montant prescrit.

Article 27

Les personnes protégées doivent comprendre :

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés ;
- b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents ;
- c) soit tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67 ;
- d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins.

Article 28

La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit :

- a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active ;
- b) conformément aux dispositions de l'article 67, lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites.

Article 29

1. La prestation mentionnée à l'article 28 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins :

- a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en trente années de cotisation ou d'emploi, soit en vingt années de résidence ;
- b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage prescrit de cotisation et au nom de laquelle

ont été versées, au cours de la période active de sa vie, des cotisations dont le nombre moyen annuel atteint un chiffre prescrit.

2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins :

- a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage de quinze années de cotisation ou d'emploi ;
- b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage prescrit de cotisation et au nom de laquelle a été versée, au cours de la période active de sa vie, la moitié du nombre moyen annuel de cotisations prescrit auquel se réfère l'alinéa b) du paragraphe 1 du présent article.

3. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article seront considérées comme satisfaites lorsqu'une prestation calculée conformément à la partie XI, mais selon un pourcentage inférieur de dix unités à celui qui est indiqué dans le tableau annexé à ladite partie pour le bénéficiaire type, est au moins garantie à toute personne protégée qui a accompli, selon des règles prescrites, soit dix années de cotisation ou d'emploi, soit cinq années de résidence.

4. Une réduction proportionnelle du pourcentage indiqué dans le tableau annexé à la partie XI peut être opérée lorsque le stage pour la prestation qui correspond au pourcentage réduit est supérieur à dix ans de cotisation ou d'emploi, mais inférieur à trente ans de cotisation ou d'emploi. Lorsque ledit stage est supérieur à quinze ans, une prestation réduite sera attribuée conformément au paragraphe 2 du présent article.

5. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée aux paragraphes 1, 3 ou 4 du présent article est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie, dans les conditions prescrites, à une personnes protégée qui, du seul fait de l'âge avancé qu'elle avait atteint lorsque les dispositions permettant d'appliquer la présente partie de la convention ont été mises en vigueur, n'a pu remplir les conditions prescrites conformément au paragraphe 2 du présent article, à moins qu'une prestation conforme aux dispositions des paragraphes 1, 3 ou 4 du présent article ne soit attribuée à une telle personne à un âge plus élevé que l'âge normal.

#### Article 30

Les prestations mentionnées aux articles 28 et 29 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

### PARTIE VI. PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES

#### Article 31

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

Article 32

Les éventualités couvertes doivent comprendre les suivantes lorsqu'elles sont dues à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles prescrites :

- a) état morbide ;
- b) incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale ;
- c) perte totale de la capacité de gain ou perte partielle de la capacité de gain au-dessus d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte totale ou partielle sera permanente, ou diminution correspondante de l'intégrité physique ;
- d) perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille ; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins.

Article 33

Les personnes protégées doivent comprendre :

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, pour les prestations auxquelles ouvre droit le décès du soutien de famille, également les épouses et les enfants des salariés de ces catégories ;
- b) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans les entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins et, pour les prestations auxquelles ouvre droit le décès du soutien de famille, également les épouses et les enfants des salariés de ces catégories.

Article 34

1. En ce qui concerne un état morbide, les prestations doivent comprendre les soins médicaux mentionnés aux paragraphes 2 et 3 du présent article.

2. Les soins médicaux doivent comprendre :

- a) les soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, y compris les visites à domicile ;
- b) les soins dentaires ;
- c) les soins d'infirmières, soit à domicile, soit dans un hôpital ou dans une autre institution médicale ;
- d) l'entretien dans un hôpital, une maison de convalescence, un sanatorium ou une autre institution médicale ;
- e) les fournitures dentaires, pharmaceutiques et autres fournitures médicales ou chirurgicales, y compris les appareils de prothèse et leur entretien, ainsi que les lunettes ;
- f) les soins fournis par un membre d'une autre profession légalement reconnue comme connexe à la profession médicale, sous la surveillance d'un médecin ou d'un dentiste.

3. Lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, les soins médicaux doivent comprendre au moins :

- a) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile;
- b) les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux;
- c) la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié;
- d) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

4. Les soins médicaux fournis conformément aux paragraphes précédents doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

#### *Article 35*

1. Les départements gouvernementaux ou institutions chargés de l'administration des soins médicaux doivent coopérer, lorsqu'il est opportun, avec les services généraux de rééducation professionnelle, en vue de réadapter à un travail approprié les personnes de capacité diminuée.

2. La législation nationale peut autoriser lesdits départements ou institutions à prendre des mesures en vue de la rééducation professionnelle des personnes de capacité diminuée.

#### *Article 36*

1. En ce qui concerne l'incapacité de travail, ou la perte totale de capacité de gain lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou la diminution correspondante de l'intégrité physique, ou le décès du soutien de famille, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66.

2. En cas de perte partielle de la capacité de gain lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou en cas d'une diminution correspondante de l'intégrité physique, la prestation, quand elle est due, sera un paiement périodique fixé à une proportion convenable de celle qui est prévue en cas de perte totale de la capacité de gain ou d'une diminution correspondante de l'intégrité physique.

3. Les paiements périodiques pourront être convertis en un capital versé en une seule fois:

- a) soit lorsque le degré d'incapacité est minime;
- b) soit lorsque la garantie d'un emploi judicieux sera fournie aux autorités compétentes.

#### *Article 37*

Les prestations mentionnées aux articles 34 et 36 doivent, dans l'éventualité couverte, être garanties au moins aux personnes protégées qui étaient employées comme salariés sur le territoire du Membre au moment de l'accident ou au moment auquel la maladie a été contractée et, s'il s'agit de paiements périodiques résultant du décès du soutien de famille, à la veuve et aux enfants de celui-ci.

#### *Article 38*

Les prestations mentionnées aux articles 34 et 36 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité; toutefois, en ce qui concerne l'incapacité de travail, la prestation pourra ne pas être servie pour les trois premiers jours dans chaque cas de suspension du gain.

PARTIE VII. PRESTATIONS AUX FAMILLES

*Article 39*

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations aux familles, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

*Article 40*

L'éventualité couverte sera la charge d'enfants selon ce qui sera prescrit.

*Article 41*

Les personnes protégées doivent comprendre :

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés ;
- b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents ;
- c) soit tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites ;
- d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins.

*Article 42*

Les prestations doivent comprendre :

- a) soit un paiement périodique attribué à toute personne protégée ayant accompli le stage prescrit ;
- b) soit la fourniture aux enfants, ou pour les enfants, de nourriture, de vêtements, de logement, de séjour de vacances ou d'assistance ménagère ;
- c) soit une combinaison des prestations visées sous a) et b).

*Article 43*

Les prestations mentionnées à l'article 42 doivent être garanties au moins à une personne protégée ayant accompli au cours d'une période prescrite un stage qui peut consister soit en trois mois de cotisation ou d'emploi, soit en une année de résidence selon ce qui sera prescrit.

*Article 44*

La valeur totale des prestations attribuées conformément à l'article 42 aux personnes protégées devra être telle qu'elle représente :

- a) soit 3 pour cent du salaire d'un manœuvre ordinaire adulte masculin déterminé conformément aux règles posées à l'article 66, multiplié par le nombre total des enfants de toutes les personnes protégées ;
- b) soit 1,5 pour cent du salaire susdit multiplié par le nombre total des enfants de tous les résidents.

*Article 45*

Lorsque les prestations consistent en un paiement périodique, elles doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

## PARTIE VIII. PRESTATIONS DE MATERNITÉ

*Article 46*

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de maternité, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

*Article 47*

L'éventualité couverte sera la grossesse, l'accouchement et leurs suites, et la suspension du gain qui en résulte, telle qu'elle est définie par la législation nationale.

*Article 48*

Les personnes protégées doivent comprendre :

- a) soit toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories ;
- b) soit toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de la population active, ces catégories formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories ;
- c) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins, et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories.

*Article 49*

1. En ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et leurs suites, les prestations médicales de maternité doivent comprendre les soins médicaux mentionnés aux paragraphes 2 et 3 du présent article.

2. Les soins médicaux doivent comprendre au moins :

- a) les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée ;
- b) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

3. Les soins médicaux mentionnés au paragraphe 2 du présent article doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la femme protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

4. Les départements gouvernementaux ou institutions attribuant les prestations médicales en cas de maternité doivent encourager les femmes protégées, par

tous les moyens qui peuvent être considérés comme appropriés, à recourir aux services généraux de santé mis à leur disposition par les autorités publiques ou par d'autres organismes reconnus par les autorités publiques.

#### *Article 50*

En ce qui concerne la suspension du gain résultant de la grossesse, de l'accouchement et de leurs suites, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66. Le montant du paiement périodique peut varier au cours de l'éventualité, à condition que le montant moyen soit conforme aux dispositions susdites.

#### *Article 51*

Les prestations mentionnées aux articles 49 et 50 doivent, dans l'éventualité couverte, être garanties au moins à une femme appartenant aux catégories protégées qui a accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus; les prestations mentionnées à l'article 49 doivent également être garanties aux épouses des hommes des catégories protégées, lorsque ceux-ci ont accompli le stage prévu.

#### *Article 52*

Les prestations mentionnées aux articles 49 et 50 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité couverte; toutefois, les paiements périodiques peuvent être limités à douze semaines, à moins qu'une période plus longue d'abstention du travail ne soit imposée ou autorisée par la législation nationale, auquel cas les paiements ne pourront pas être limités à une période de moindre durée.

### PARTIE IX. PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

#### *Article 53*

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations d'invalidité, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

#### *Article 54*

L'éventualité couverte sera l'inaptitude à exercer une activité professionnelle, d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la cessation de l'indemnité de maladie.

#### *Article 55*

Les personnes protégées doivent comprendre:

- a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;
- b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents;
- c) soit tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;
- d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble

des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins.

#### Article 56

La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit :

- a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active ;
- b) conformément aux dispositions de l'article 67, lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites.

#### Article 57

1. La prestation mentionnée à l'article 56 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins :

- a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en quinze années de cotisation ou d'emploi, soit en dix années de résidence ;
- b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage de trois années de cotisation et au nom de laquelle ont été versées, au cours de la période active de sa vie, des cotisations dont le nombre moyen annuel atteint un chiffre prescrit.

2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins :

- a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage de cinq années de cotisation ou d'emploi ;
- b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage de trois années de cotisation et au nom de laquelle a été versée, au cours de la période active de sa vie, la moitié du nombre moyen annuel de cotisations prescrit auquel se réfère l'alinéa b) du paragraphe 1 du présent article.

3. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article seront considérées comme satisfaites lorsqu'une prestation calculée conformément à la partie XI, mais selon un pourcentage inférieur de dix unités à celui qui est indiqué dans le tableau annexé à cette partie pour le bénéficiaire type, est au moins garantie à toute personne protégée qui a accompli, selon des règles prescrites, cinq années de cotisation, d'emploi ou de résidence.

4. Une réduction proportionnelle du pourcentage indiqué dans le tableau annexé à la partie XI peut être opérée lorsque le stage pour la prestation qui correspond au pourcentage réduit est supérieur à cinq ans de cotisation ou d'emploi, mais inférieur à quinze ans de cotisation ou d'emploi. Une prestation réduite sera attribuée conformément au paragraphe 2 du présent article.

#### Article 58

Les prestations mentionnées aux articles 56 et 57 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité ou jusqu'à leur remplacement par une prestation de vieillesse.

PARTIE X. PRESTATIONS DE SURVIVANTS

*Article 59*

Tout Membre pour lequel la présente partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de survivants, conformément aux articles ci-après de ladite partie.

*Article 60*

1. L'éventualité couverte doit comprendre la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins.

2. La législation nationale pourra suspendre la prestation si la personne qui y aurait eu droit exerce certaines activités rémunérées prescrites, ou pourra réduire les prestations contributives lorsque le gain du bénéficiaire excède un montant prescrit, et les prestations non contributives lorsque le gain du bénéficiaire, ou ses autres ressources, ou les deux ensemble, excèdent un montant prescrit.

*Article 61*

Les personnes protégées doivent comprendre:

- a) soit les épouses et les enfants de soutiens de famille appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;
- b) soit les épouses et les enfants de soutiens de famille appartenant à des catégories prescrites de la population active, ces catégories formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents;
- c) soit, lorsqu'ils ont la qualité de résident, toutes les veuves et tous les enfants qui ont perdu leur soutien de famille et dont les ressources pendant l'éventualité couverte n'excèdent pas de limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;
- d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, les épouses et les enfants de soutiens de famille appartenant à des catégories prescrites de salariés formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient vingt personnes au moins.

*Article 62*

La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit:

- a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active;
- b) conformément aux dispositions de l'article 67, lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites.

*Article 63*

1. La prestation mentionnée à l'article 62 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins :

- a) à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en quinze années de cotisation ou d'emploi, soit en dix années de résidence ;
- b) lorsqu'en principe les femmes et les enfants de toutes les personnes actives sont protégés, à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli un stage de trois années de cotisation, à la condition qu'aient été versées, au nom de ce soutien de famille, au cours de la période active de sa vie, des cotisations dont le nombre moyen annuel atteint un chiffre prescrit.

2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins :

- a) à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli, selon des règles prescrites, un stage de cinq années de cotisation ou d'emploi ;
- b) lorsqu'en principe les femmes et les enfants de toutes les personnes actives sont protégés, à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli un stage de trois années de cotisation, à la condition qu'ait été versée, au nom de ce soutien de famille, au cours de la période active de sa vie, la moitié du nombre moyen annuel de cotisations prescrit auquel se réfère l'alinéa b) du paragraphe 1 du présent article.

3. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article seront considérées comme satisfaites lorsqu'une prestation calculée conformément à la partie XI, mais selon un pourcentage inférieur de dix unités à celui qui est indiqué dans le tableau annexé à cette partie pour le bénéficiaire type, est au moins garantie à toute personne protégée dont le soutien de famille a accompli, selon des règles prescrites, cinq années de cotisation, d'emploi ou de résidence.

4. Une réduction proportionnelle du pourcentage indiqué dans le tableau annexé à la partie XI peut être opérée lorsque le stage pour la prestation qui correspond au pourcentage réduit est supérieur à cinq ans de cotisation ou d'emploi, mais inférieur à quinze ans de cotisation ou d'emploi. Une prestation réduite sera attribuée conformément au paragraphe 2 du présent article.

5. Pour qu'une veuve sans enfant présumée incapable de subvenir à ses propres besoins ait droit à une prestation de survivant, une durée minimum du mariage peut être prescrite.

*Article 64*

Les prestations mentionnées aux articles 62 et 63 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

## PARTIE XI. CALCUL DES PAIEMENTS PÉRIODIQUES

*Article 65*

1. Pour tout paiement périodique auquel le présent article s'applique, le montant de la prestation, majoré du montant des allocations familiales servies pendant l'éventualité, devra être tel que, pour le bénéficiaire type visé au tableau annexé à la présente partie, il soit au moins égal, pour l'éventualité en question,

au pourcentage indiqué dans ce tableau par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille, et du montant des allocations familiales servies à une personne protégée ayant les mêmes charges de famille que le bénéficiaire type.

2. Le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille sera calculé conformément à des règles prescrites et, lorsque les personnes protégées ou leurs soutiens de famille sont réparties en classes suivant leurs gains, le gain antérieur pourra être calculé d'après les gains de base des classes auxquelles ils ont appartenu.

3. Un maximum pourra être prescrit pour le montant de la prestation ou pour le gain qui est pris en compte dans le calcul de la prestation, sous réserve que ce maximum soit fixé de telle sorte que les dispositions du paragraphe 1 du présent article soient remplies lorsque le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille est inférieur ou égal au salaire d'un ouvrier masculin qualifié.

4. Le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille, le salaire de l'ouvrier masculin qualifié, la prestation et les allocations familiales seront calculés sur les mêmes temps de base.

5. Pour les autres bénéficiaires, la prestation sera fixée de telle sorte qu'elle soit dans une relation raisonnable avec celle du bénéficiaire type.

6. Pour l'application du présent article un ouvrier masculin qualifié sera :

- a) soit un ajusteur ou un tourneur dans l'industrie mécanique autre que l'industrie des machines électriques ;
- b) soit un ouvrier qualifié type défini conformément aux dispositions du paragraphe suivant ;
- c) soit une personne dont le gain est égal ou supérieur aux gains de 75 pour cent de toutes les personnes protégées, ces gains étant déterminés sur une base annuelle ou sur la base d'une période plus courte, selon ce qui sera prescrit ;
- d) soit une personne dont le gain est égal à 125 pour cent du gain moyen de toutes les personnes protégées.

7. L'ouvrier qualifié type pour l'application de l'alinéa b) du paragraphe précédent sera choisi dans la classe occupant le plus grand nombre de personnes du sexe masculin protégées pour l'éventualité considérée, ou de soutiens de famille de personnes protégées, dans la branche qui occupe elle-même le plus grand nombre de ces personnes protégées ou de ces soutiens de famille ; à cet effet, on utilisera la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, adoptée par le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies à sa septième session, le 27 août 1948, et qui est reproduite en annexe à la présente convention, compte tenu de toute modification qui pourrait lui être apportée.

8. Lorsque les prestations varient d'une région à une autre, un ouvrier masculin qualifié pourra être choisi dans chacune des régions, conformément aux dispositions des paragraphes 6 et 7 du présent article.

9. Le salaire de l'ouvrier masculin qualifié sera déterminé sur la base du salaire pour un nombre normal d'heures de travail fixé soit par des conventions collectives, soit, le cas échéant, par la législation nationale ou en vertu de celle-ci, soit par la coutume, y compris les allocations de vie chère s'il en est ; lorsque les salaires ainsi déterminés diffèrent d'une région à l'autre et que le paragraphe 8 du présent article n'est pas appliqué, on prendra le salaire médian.

10. Les montants des paiements périodiques en cours attribués pour la vieillesse, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (à l'exception de ceux qui couvrent l'incapacité de travail), pour l'invalidité et pour le décès du soutien de famille seront révisés à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.

#### Article 66

1. Pour tout paiement périodique auquel le présent article s'applique, le montant de la prestation, majoré du montant des allocations familiales servies pendant l'éventualité, devra être tel que, pour le bénéficiaire type visé au tableau annexé à la présente partie, il soit au moins égal, pour l'éventualité en question, au pourcentage indiqué dans ce tableau par rapport au total du salaire du manœuvre ordinaire adulte masculin, et du montant des allocations familiales servies à une personne protégée ayant les mêmes charges de famille que le bénéficiaire type.

2. Le salaire du manœuvre ordinaire adulte masculin, la prestation et les allocations familiales seront calculés sur les mêmes temps de base.

3. Pour les autres bénéficiaires, la prestation sera fixée de telle sorte qu'elle soit dans une relation raisonnable avec celle du bénéficiaire type.

4. Pour l'application du présent article, le manœuvre ordinaire masculin sera :

- a) soit un manœuvre type dans l'industrie mécanique autre que l'industrie des machines électriques ;
- b) soit un manœuvre type défini conformément aux dispositions du paragraphe suivant.

5. Le manœuvre type pour l'application de l'alinéa b) du paragraphe précédent sera choisi dans la classe occupant le plus grand nombre de personnes du sexe masculin protégées pour l'éventualité considérée, ou de soutiens de famille de personnes protégées, dans la branche qui occupe elle-même le plus grand nombre de ces personnes protégées ou de ces soutiens de famille ; à cet effet, on utilisera la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, adoptée par le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies à sa septième session, le 27 août 1948, et qui est reproduite en annexe à la présente convention, compte tenu de toute modification qui pourrait lui être apportée.

6. Lorsque les prestations varient d'une région à une autre, un manœuvre ordinaire adulte masculin pourra être choisi dans chacune des régions, conformément aux dispositions des paragraphes 4 et 5 du présent article.

7. Le salaire du manœuvre ordinaire adulte masculin sera déterminé sur la base du salaire pour un nombre normal d'heures de travail fixé soit par des conventions collectives, soit, le cas échéant, par la législation nationale ou en vertu de celle-ci, soit par la coutume, y compris les allocations de vie chère s'il en est ; lorsque les salaires ainsi déterminés diffèrent d'une région à l'autre et que le paragraphe 6 du présent article n'est pas appliqué, on prendra le salaire médian.

8. Les montants des paiements périodiques en cours attribués pour la vieillesse, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (à l'exception de ceux qui couvrent l'incapacité de travail), pour l'invalidité et pour le décès

du soutien de famille seront révisés à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.

### Article 67

Pour tout paiement périodique auquel le présent article s'applique :

- a) le montant de la prestation doit être fixé selon un barème prescrit, ou selon un barème arrêté par les autorités publiques compétentes conformément à des règles prescrites ;
- b) le montant de la prestation ne peut être réduit que dans la mesure où les autres ressources de la famille du bénéficiaire dépassent des montants substantiels prescrits ou arrêtés par les autorités publiques compétentes conformément à des règles prescrites ;
- c) le total de la prestation et des autres ressources, après déduction des montants substantiels visés à l'alinéa b) ci-dessus, doit être suffisant pour assurer à la famille du bénéficiaire des conditions de vie saines et convenables et ne doit pas être inférieur au montant de la prestation calculée conformément aux dispositions de l'article 66 ;
- d) les dispositions de l'alinéa c) seront considérées comme satisfaites si le montant total des prestations payées en vertu de la partie en question dépasse d'au moins 30 pour cent le montant total des prestations que l'on obtiendrait en appliquant les dispositions de l'article 66 et les dispositions de :
  - i) l'alinéa b) de l'article 15 pour la partie III ;
  - ii) l'alinéa b) de l'article 27 pour la partie V ;
  - iii) l'alinéa b) de l'article 55 pour la partie IX ;
  - iv) l'alinéa b) de l'article 61 pour la partie X.

TABLEAU (ANNEXÉ À LA PARTIE XI)  
PAIEMENTS PÉRIODIQUES AUX BÉNÉFICIAIRES TYPES

Partie	Eventualité	Bénéficiaire type	Pourcentage
III	Maladie	Homme ayant une épouse et 2 enfants	45
IV	Chômage	Homme ayant une épouse et 2 enfants	45
V	Vieillesse	Homme ayant une épouse d'âge à pension	40
VI	Accidents du travail et maladies professionnelles :		
	Incapacité de travail	Homme ayant une épouse et 2 enfants	50
	Invalidité	Homme ayant une épouse et 2 enfants	50
	Survivants	Veuve ayant 2 enfants	40
VIII	Maternité	Femme	45
IX	Invalidité	Homme ayant une épouse et 2 enfants	40
X	Survivants	Veuve ayant 2 enfants	40

PARTIE XII. EGALITÉ DE TRAITEMENT DES RÉSIDENTS  
NON NATIONAUX

Article 68

1. Les résidents qui ne sont pas des nationaux doivent avoir les mêmes droits que les résidents qui sont des nationaux. Toutefois, en ce qui concerne les prestations ou les fractions de prestations financées exclusivement ou d'une façon prépondérante par les fonds publics, et en ce qui concerne les régimes transitoires, des dispositions particulières à l'égard des non-nationaux et à l'égard des nationaux nés hors du territoire du Membre peuvent être prescrites.

2. Dans les systèmes de sécurité sociale contributive dont la protection s'applique aux salariés, les personnes protégées qui sont des nationaux d'un autre Membre qui a accepté les obligations découlant de la partie correspondante de la convention doivent avoir, à l'égard de ladite partie, les mêmes droits que les nationaux du Membre intéressé. Toutefois, l'application du présent paragraphe peut être subordonnée à l'existence d'un accord bilatéral ou multilatéral prévoyant une réciprocité.

PARTIE XIII. DISPOSITIONS COMMUNES

Article 69

Une prestation à laquelle une personne protégée aurait eu droit en application de l'une quelconque des parties II à X de la présente convention peut être suspendue, dans une mesure qui peut être prescrite :

- a) aussi longtemps que l'intéressé ne se trouve pas sur le territoire du Membre ;
- b) aussi longtemps que l'intéressé est entretenu sur des fonds publics ou aux frais d'une institution ou d'un service de sécurité sociale ; toutefois, si la prestation dépasse le coût de cet entretien, la différence doit être attribuée aux personnes qui sont à la charge du bénéficiaire ;
- c) aussi longtemps que l'intéressé reçoit en espèces une autre prestation de sécurité sociale à l'exception d'une prestation familiale, et pendant toute période durant laquelle il est indemnisé pour la même éventualité par une tierce partie, sous réserve que la partie de la prestation qui est suspendue ne dépasse pas l'autre prestation ou l'indemnité provenant d'une tierce partie ;
- d) lorsque l'intéressé a essayé frauduleusement d'obtenir une prestation ;
- e) lorsque l'éventualité a été provoquée par un crime ou un délit commis par l'intéressé ;
- f) lorsque l'éventualité a été provoquée par une faute intentionnelle de l'intéressé ;
- g) dans les cas appropriés, lorsque l'intéressé néglige d'utiliser les services médicaux ou les services de réadaptation qui sont à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de l'éventualité ou pour la conduite des bénéficiaires de prestations ;
- h) en ce qui concerne la prestation de chômage, lorsque l'intéressé néglige d'utiliser les services de placement à sa disposition ;
- i) en ce qui concerne la prestation de chômage, lorsque l'intéressé a perdu son emploi en raison directe d'un arrêt du travail dû à un conflit professionnel ou qu'il a quitté volontairement son emploi sans motifs légitimes ;
- j) en ce qui concerne la prestation de survivants, aussi longtemps que la veuve vit en concubinage.

Article 70

1. Tout requérant doit avoir le droit de former appel en cas de refus de la prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité.

2. Lorsque dans l'application de la présente convention l'administration des soins médicaux est confiée à un département gouvernemental responsable devant un parlement, le droit d'appel prévu au paragraphe 1 du présent article peut être remplacé par le droit de faire examiner par l'autorité compétente toute réclamation visant le refus des soins médicaux ou la qualité des soins médicaux reçus.

3. Lorsque les requêtes sont portées devant des tribunaux spécialement établis pour traiter les questions de sécurité sociale et au sein desquels les personnes protégées sont représentées, le droit d'appel peut n'être pas accordé.

Article 71

1. Le coût des prestations attribuées en application de la présente convention et les frais d'administration de ces prestations doivent être financés collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, selon des modalités qui évitent que les personnes de faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde charge et qui tiennent compte de la situation économique du Membre et de celle des catégories de personnes protégées.

2. Le total des cotisations d'assurance à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser 50 pour cent du total des ressources affectées à la protection des salariés, de leurs épouses et enfants. Pour déterminer si cette condition est remplie, toutes les prestations accordées par le Membre en application de la convention pourront être considérées dans leur ensemble, à l'exception des prestations aux familles et à l'exception des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, si ces dernières relèvent d'une branche spéciale.

3. Le Membre doit assumer une responsabilité générale en ce qui concerne le service des prestations attribuées en application de la présente convention et prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'atteindre ce but ; il doit, s'il y a lieu, s'assurer que les études et calculs actuariels nécessaires concernant l'équilibre financier sont établis périodiquement et en tout cas préalablement à toute modification des prestations, du taux des cotisations d'assurance ou des impôts affectés à la couverture des éventualités en question.

Article 72

1. Lorsque l'administration n'est pas assurée par une institution réglementée par les autorités publiques ou par un département gouvernemental responsable devant un parlement, des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif dans des conditions prescrites ; la législation nationale peut aussi prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques.

2. Le Membre doit assumer une responsabilité générale pour la bonne administration des institutions et services qui concourent à l'application de la présente convention.

## PARTIE XIV. DISPOSITIONS DIVERSES

*Article 73*

La présente convention ne s'appliquera pas :

- a) aux éventualités survenues avant l'entrée en vigueur de la partie correspondante de la convention pour le Membre intéressé;
- b) aux prestations attribuées pour des éventualités survenues après l'entrée en vigueur de la partie correspondante de la convention pour le Membre intéressé, dans la mesure où les droits à ces prestations proviennent de périodes antérieures à la date de ladite entrée en vigueur.

*Article 74*

La présente convention ne doit pas être considérée comme portant révision de l'une quelconque des conventions existantes.

*Article 75*

Lorsqu'il en sera ainsi disposé dans une convention adoptée ultérieurement par la Conférence et portant sur une ou plusieurs matières traitées par la présente convention, les dispositions de la présente convention qui seront spécifiées dans la convention nouvelle cesseront de s'appliquer à tout Membre ayant ratifié celle-ci, dès la date de son entrée en vigueur pour le Membre intéressé.

*Article 76*

1. Tout Membre qui ratifie la présente convention s'engage à fournir dans le rapport annuel qu'il doit présenter sur l'application de la convention, conformément à l'article 22 de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail :

- a) des renseignements complets sur la législation donnant effet aux dispositions de la convention ;
  - b) les preuves qu'il a satisfait aux exigences statistiques formulées par :
    - i) les articles 9 a), b), c) ou d) ; 15 a), b) ou d) ; 21 a) ou c) ; 27 a), b) ou d) ; 33 a) ou b) ; 41 a), b) ou d) ; 48 a), b) ou c) ; 55 a), b) ou d) ; 61 a), b) ou d) quant au nombre des personnes protégées ;
    - ii) les articles 44, 65, 66 ou 67 quant aux montants des prestations ;
    - iii) l'alinéa a) du paragraphe 2 de l'article 18 quant à la durée des indemnités de maladie ;
    - iv) le paragraphe 2 de l'article 24 quant à la durée des prestations de chômage ;
    - v) le paragraphe 2 de l'article 71 quant à la proportion des ressources qui proviennent des cotisations d'assurance des salariés protégés ;
- ces preuves devront être fournies en se conformant autant que possible, quant à leur présentation, aux suggestions faites par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail en vue d'une plus grande uniformité à cet égard.

2. Tout Membre qui ratifie la présente convention adressera au Directeur général du Bureau international du Travail, à des intervalles appropriés, selon ce que décidera le Conseil d'administration, des rapports sur l'état de sa législation et de sa pratique concernant les dispositions de chacune des parties II à X de la convention qui n'ont pas déjà été spécifiées dans la ratification du Membre dont il s'agit ou dans une notification ultérieure faite en application de l'article 4.