

# LE CADRE REGLEMENTAIRE RELATIF A LA RELATION CONTRACTUELLE ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET LES HÔPITAUX PUBLICS EN ALGERIE

*The regulatory framework relating to the contractual relationship  
between social security and public hospitals in Algeria*



**Dr./ Kolli Ahmed<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Université de Tizi Ouzou, (L'Algérie)

<sup>2</sup> Auteur Correspondant: ahmedkolli10@yahoo.com

*Date de soumission: 08/01/2023    Date d'acceptation: 23/03/2023    Date de publication: 28/04/2023*



**Révision de l'article:** Langue Française: Dr./ Ahmed Tayeb Mounir (Univ. de Tizi Ouzou)  
English Language: Dr./ Ibersiene Achili Nora (Univ. of Boumerdes)

## **Résumé:**

*La relation contractuelle est à l'ordre du jour dans de nombreux pays poursuivant une réforme de leurs systèmes de santé. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements publics hospitaliers en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans la prise en charge des patients et l'utilisation des ressources disponibles.*

*Dans ce cadre, l'objet de cet article est de présenter et analyser l'expérience algérienne. Il permet de comprendre la logique de la relation contractuelle et de connaître le rôle de l'Etat pour limiter les risques qu'elle présente pour la santé publique. Nous développerons ces aspects en nous appuyant d'une part sur une lecture de la législation et de la réglementation élaborées mais aussi sur une observation des pratiques en cours.*

**Mots clés:** Cadre réglementaire; Relation contractuelle; Sécurité sociale; Hôpitaux publics; Algérie.

## **Abstract:**

*The contractual relationship is the order of the day in many countries pursuing a reform of their health systems. It is often presented as a means of redefining relations between social security organizations and public hospitals, with a view to achieving greater efficiency in patients' care and the use of available resources.*

*In this context, the purpose of this article is to present and analyze the Algerian experience. The analysis seeks to understand the logic of the contractual relationship and to know the role of the State in limiting the risks it represents to public health. These aspects are developed in this paper by relying on a reading of the legislation and regulations developed, on the one hand, and an observation of current practices, on the other.*

**Key words:** *Regulatory framework; Contractual relationship; Social Security; Public hospitals; Algeria.*

### **Introduction:**

Si l'Algérie a développé une politique de santé présentant des qualités incontestées, elle est aujourd'hui confrontée à un véritable défi consistant à assurer le difficile compromis entre la pression des contraintes économiques et les exigences croissantes des patients.

La refondation du système de santé se présente comme un besoin insistant. Elle est devenue une priorité parce que la gratuité des soins apparaît en décalage avec les transformations incessantes de la réalité sociale algérienne, et est de plus en plus incapable de satisfaire un besoin médical qui s'est grandement accru en parallèle avec l'amélioration de la qualité de la vie et de l'accès à l'information.

La relation contractuelle entre l'hôpital public, confronté à des contraintes de gestion et financières affectant sa performance et d'autre part la sécurité sociale, confrontée à l'augmentation de ses dépenses est censée permettre une plus grande transparence dans les relations. Néanmoins, la politique contractuelle nationale doit expliquer clairement que cette démarche ne signifie pas un désengagement de l'Etat ou une volonté de privatiser le secteur de la santé.

D'où la question principale suivante: L'approche contractuelle est-elle considérée comme une réponse possible à la défaillance du système de santé public hospitalier et à la croissance rapide des dépenses de soins de protection sociale ?

Pour répondre à cette problématique nous allons scinder notre travail en deux parties. La première partie a pour titre la contractualisation dans le système de santé public algérien et la deuxième partie a pour titre le processus contractuel entre la cnas et l'hôpital public.

## LA PREMIERE PARTIE

### La contractualisation dans le système de santé public algérien

La démarche contractuelle provoque une dynamique managériale favorable à la recherche de la performance et de l'adaptation de la production aux besoins des populations. Etant donné que l'Etat exclue dans l'immédiat la privatisation, la mise en œuvre d'une politique basée sur des relations contractuelles est donc indispensable. Pour cela, les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont adopté en janvier 2002 une résolution intitulée "Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé".

Dans cette partie, un certain nombre de pratiques et de concepts seront défini pour une meilleure identification de la notion de contractualisation et une meilleure préparation de l'Etat à cette nouvelle démarche stratégique.

#### CHAPITRE 1: Le cadre conceptuel de la relation contractuelle

Les principes de la démarche contractuelle ne doivent pas être en contradiction avec les textes et les règles législatives qui régissent le fonctionnement du système de santé. La fonction de régulation, confiée aux pouvoirs publics, jouera un rôle clef pour éviter le risque de non-respect de l'intérêt général. Il est recommandé que l'engagement politique soit clair et explicite; une note du ministre de la santé ou de la plus haute instance administrative indiquant l'entrée dans un tel processus est indispensable pour l'officialiser.

#### SECTION 1: Définition de la relation contractuelle

Le choix le plus approprié pour un pays et qu'il doit prendre en considération le contexte culturel, historique et administratif mis en place. Cependant, quelle que soit la nature de la relation, l'Etat, au sens de pouvoir public, retrouve alors un rôle actif dans la santé non pas au sens de fonctions traditionnelles de production ou de financement mais de son devoir d'administration générale, de gouvernance et de pilotage du système de santé. La fonction de régulation, confiée aux pouvoirs publics, jouera un rôle clef pour éviter le risque de non-respect de l'intérêt général.

Un contrat est une collaboration entre des partenaires. C'est un instrument qui institue des règles ou qui établissent la possibilité d'un comportement coopératif auxquels les deux parties ont intérêt (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), juin 1997). Cinq (05) conditions sont nécessaires pour réussir un contrat:

1. une relative égalité entre les contractants;

2. une définition précise du produit ou du service à rendre;
3. un accord sur les prix;
4. des garanties de part et d'autres que le service sera fourni et qu'il soit payé;
5. des clauses d'évaluation.

La contractualisation ne peut pas être comprise comme une forme de privatisation. En effet (PERROT & ROODENBEKE , 2005):

- La privatisation suppose un changement de propriété alors que la contractualisation cherche à créer des relations entre des acteurs.
- La privatisation est un arrangement institutionnel alors que la contractualisation est un arrangement relationnel.

La contractualisation est un outil qui permet de formaliser la collaboration entre des acteurs qui partagent des objectifs communs et qui définissent ensemble les moyens de les atteindre. On appelle une politique de contractualisation toutes les actions prises par les décideurs gouvernementaux dans un cadre cohérent pour améliorer l'état de santé de la population, le ministère de la santé définit préalablement un cadre de référence pour ces pratiques pour les encadrer et les orienter vers un seul objectif.

## **SECTION 2: Les étapes de la mise en œuvre d'une relation contractuelle**

Il est ici retenu de présenter le processus contractuel en quatre phases successives (OMS, 2007):

### a. La préparation à la contractualisation

Cette phase commence lorsque des acteurs du secteur de la santé envisagent de recourir à la contractualisation jusqu'au moment où ils vont effectivement procéder la formalisation de leur relation contractuelle. On est par conséquent dans le lancement du processus. Cette phase comporte elle-même différentes étapes:

- Identification des acteurs et des enjeux;
- Les acteurs mettent en place les mécanismes qui vont leur permettent de progresser. On est dans une étape d'organisation;
- Étude de faisabilité de l'éventuelle relation contractuelle. On est dans une étape de diagnostic.

A l'issue de cette phase, on considèrera que les préparatifs sont terminés et que maintenant on peut passer à la phase suivante.

### b. La formalisation de la relation contractuelle

Cette phase commence au moment où les partenaires ont reconnu leur intérêt à établir une relation contractuelle et se terminera juste à l'issue de la signature du contrat. Cette phase présente les étapes suivantes:

- Négociation: permet d'établir tous les éléments qui seront consignés dans le contrat: elle permet de fixer l'entente entre les partenaires;
- Rédaction du contrat: il faut mettre tous les éléments ci-dessus dans la forme d'un contrat;
- Validation du contrat: le travail des négociateurs doit être validé par les instances décisionnelles des acteurs qui seront impliqués dans la relation contractuelle;
- Signature: il est alors établi comment il sera procédé à la signature du contrat. Cette étape va de l'approbation des termes du contrat par les parties en présence jusqu'à la cérémonie de signature du contrat.

A l'issue de cette phase, on dispose d'un document contractuel signé par toutes les parties concernées.

#### c. La mise en œuvre du contrat

Le contrat étant signé, les parties prenantes doivent l'exécuter selon les termes définis dans le contrat:

- Mise en œuvre de toutes les dispositions du contrat : obligations de mettre en place tous les moyens prévus au contrat, suivi des résultats, mécanismes de concertation et de résolution des conflits.
- Avenants: parce que tout ne peut jamais être prévu, des avenants au contrat initial pourront être introduits par les parties en présence. Ces avenants doivent faire l'objet de négociation, quelles que soient les modalités d'établissement du contrat initial.
- Ruptures: à tout moment, le contrat peut être rompu. Normalement, les modalités de ces ruptures auront été prévues dans le texte même du contrat.

#### d. La fin du contrat

Selon les termes du contrat, tout contrat a une fin programmée. Trois cas de figure se présenteront alors:

- Le renouvellement: le contrat a donné pleine satisfaction et les parties en présence décident d'un commun accord de renouveler le contrat dans les mêmes termes que le contrat précédent.
- La renégociation: les parties en présence considèrent qu'il convient de poursuivre une relation contractuelle, mais considèrent qu'il convient de renégocier le contrat.

- L'arrêt: les parties en présence peuvent décider de ne pas renouveler leur relation contractuelle, que celle-ci ait donnée satisfaction ou se soit conclue par un échec.

Le respect de toutes ces étapes peut faciliter le processus contractuel et éviter les éventuels litiges.

## **CHAPITRE 2: L'intervention de l'Etat dans la relation contractuelle**

En Algérie, le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des ressources humaines, matérielles et financières destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population (Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé). La charte nationale de 1976 stipule que « l'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit». Néanmoins, aujourd'hui le système national de santé provoque l'indignation de la part des patients.

La mise en place d'un système de soins de santé moderne a constitué un objectif majeur de l'Algérie. La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002 –Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière – indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires. Il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des établissements de santé (SAIHI A., Avril 2006). Pour cela, il est possible d'élaborer un document spécifique de "politique de contractualisation".

Cette recommandation est inscrite dans la résolution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la contractualisation. Celle-ci stipule: «La cinquante-sixième assemblée mondiale de la Santé... INVITE instamment les État Membres, à élaborer des politiques contractuelles qui maximisent l'impact sur la performance des systèmes de santé et harmonisent les pratiques de chaque acteur de manière transparente pour éviter les effets négatifs" (OMS, Mai 2003).

### **SECTION 1: L'importance de l'élaboration d'une politique nationale**

Le processus d'élaboration d'une politique nationale a pour objectif:

1. D'améliorer la qualité de la mission de service public en motivant la participation des partenaires de service de santé.

2. De redéfinir les relations entre les différents acteurs clés du système de santé afin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles.
3. L'implication de tous les acteurs du service de la santé.
4. D'améliorer l'efficacité des acteurs.
5. Le recours à la haute technicité.
6. Le développement des prestations de services électroniques à distance des caisses de sécurité sociale, le développement de l'évaluation médico-économique dans le domaine de l'assurance maladie et la lutte contre les abus et les fraudes sur les prestations de sécurité sociale.

La mise en œuvre de cette stratégie, a fait l'objet de conseils interministériels en date du 21 Mars 1995 et du 09 Septembre 1997. Le comité interministériel de suivi et d'évaluation, composé des représentants des Ministres concernés, a pour mission de:

- Coordonner l'action commune des secteurs ministériels concernés;
- Prendre toutes décisions permettant de faciliter le déroulement des travaux des comités intersectoriels de wilaya;
- Evaluer la mise en œuvre du processus de contractualisation, sur la base des rapports des comités intersectoriels de wilaya;
- Etablir un rapport mensuel d'évaluation aux Ministres concernés.

Les conclusions du dernier conseil cité ont mis l'accent sur la nécessité de poursuivre le processus d'expérimentation du système de gestion, en relation avec la CNAS, dans six (06) structures publiques de santé, à savoir, les C.H.U. d'Alger Centre et de Tizi-Ouzou, les E.H.S. de CPMC, Hadi Flici (EI-Kettar), Ait-Idir et le Secteur Sanitaire de Médéa (MSPRH, Mai 2002).

Cette opération « test », doit, en conséquence, être activée, accélérée et suivie de manière rigoureuse par les responsables concernés des établissements et de la CNAS. Pour être admis à l'hôpital, le patient doit présenter sa carte de sécurité sociale ou bien sa carte de démuné délivrée par les directions de la solidarité nationale de la wilaya. Le patient non assuré et non démuné doit payer la facture d'hospitalisation à sa sortie directement à la caisse de l'hôpital.

A la fin 2004, le ministère de la santé a considéré que l'étape expérimentale a été achevée et qu'il était possible d'entamer la généralisation de la relation contractuelle dès le début de 2005.

Deux commissions centrales ont été installées. L'une chargée de la nomenclature des actes et l'autre de la tarification (Décret exécutif n° 04-101 du 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes

de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé).

## **SECTION 2: L'amélioration de la prise en charge des patients par les hôpitaux publics**

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

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 droit. Elle consiste en un remboursement des frais des soins de santé curatifs ou préventifs. Les prestations concernent les actes médicaux, chirurgicaux, d'imagerie médicale, d'analyses biologiques, les produits pharmaceutiques, la rééducation et la réadaptation professionnelle, les cures thermales ou spécialisées, le transport sanitaire et le déplacement du malade. Le remboursement s'effectue au taux minimum de 80% des tarifs fixés par voie réglementaire et sans limitation de durée, sauf pour les cures thermales qui sont limitées à 21 jours. Ce taux est porté à 100%, notamment en cas de maladie de longue durée ou chronique, pour des actes importants ou en raison de la situation sociale de l'assuré.

Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a connu une augmentation soutenue. En effet, il est passé de 120 millions de DA en 1973 à 27 021 millions de DA en 2004 soit une multiplication par 225,17 en l'espace de 31 ans (ZIANI & ZIANI, 2021). Cette augmentation du forfait hospitalier est due, d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat, et de l'autre aux problèmes liés à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants-droit en matière d'hospitalisation et de soins dispensés.

Les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements de santé, portent sur (Décret exécutif n° 04-101 du 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé):

- L'état des malades (noms et prénoms) et ayants droit des assurés sociaux pris en charge;
- Les références des immatriculations sociales;
- Le lieu de résidence des malades pris en charge;
- La nature des prestations des soins fournis;
- La durée des séjours.

Un dispositif de pilotage a été mis en place associant l'hôpital et la CNAS.

Aujourd'hui, la technicité et la complexité des institutions hospitalières s'est considérablement accrue, les besoins évoluent et l'hôpital doit s'adapter et se moderniser. La politique contractuelle est une démarche innovante qui permet aussi l'adaptation du tissu hospitalier aux besoins des populations.

Le décret exécutif transforme les secteurs sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires) en établissement public hospitalier (EPH) et en établissements publics de santé de proximité (EPSP). Cette réorganisation semble obéir à l'objectif de séparer les missions relevant de l'Etat de celles à la charge des caisses de sécurité sociale et portant sur les soins curatifs (Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité).

Néanmoins, une plus grande autonomie décisionnelle concernant l'achat et la prestation de services enlève certaines responsabilités aux autorités centrales ou locales, cependant, elle crée de nouvelles tâches pour le gouvernement, qui doit veiller à ce que l'achat comme la prestation s'effectuent conformément à la politique globale. Il est en particulier nécessaire de mettre chaque arrangement contractuel dans la politique nationale de santé (OMS, Avril 2002).

## LA DEUXIEME PARTIE

### **Le processus contractuel entre la CNAS et l'hôpital public**

En Algérie, la sécurité sociale a occupé une position prééminente dans la politique du pays, comme vecteur du progrès social. Elle continue aujourd'hui dans un contexte général moins favorable, à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité .

L'objectif que nous assignons à cette deuxième partie consiste à présenter le système de sécurité sociale et plus précisément le système cnas en Algérie. Nous exposerons les mesures prises par la sécurité sociale dans le cadre de la contractualisation qui est ici conçue comme un instrument de régulation pour freiner les dépenses pour le secteur public.

### **CHAPITRE 1: La préparation du système algérien de sécurité sociale à la contractualisation**

La loi des finances de 1993 a ainsi introduit le principe de la relation contractuelle entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins,

en remplacement du « forfait-hôpitaux » en vigueur depuis 1973 . Cette relation est vue par la sécurité sociale comme un moyen pour disposer des données et des outils permettant de faire des achats de soins de qualité et compétitifs. Il s'agit également de freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins: la sécurité sociale ne prendrait en charge que les assurés sociaux et leurs ayants droits et non les usagers du secteur public.

### **SECTION 1: Le développement du système algérien de sécurité sociale**

La déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 Décembre 1948 par l'assemblée de l'O.N.U précise: « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale...; toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires. Elle a droit à la sécurité en cas de chômage, maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse, ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

La protection de la santé est devenue l'une des questions brûlantes de la politique sociale, ce qui n'est guère surprenant au vu de l'engagement de la communauté internationale de relever le niveau de santé à l'échelle mondiale, en particulier pour lutter contre la pauvreté.

La couverture universelle en matière de santé constitue donc le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir. Ces dix dernières années, l'accès à la protection de la santé a été étendu à plus de 1,5 milliard de personnes dans le monde qui en étaient jusqu'alors exclues. Les pays membres de l'Union africaine se sont engagés à développer la protection sociale et se sont fixé pour objectif d'offrir une couverture santé universelle dans le cadre de stratégies nationales de protection sociale à l'horizon 2025. Cependant, Pour que les efforts d'extension de la couverture soient couronnés de succès, il est impératif que les gouvernements nationaux fassent preuve de leadership et de vision, l'amélioration de l'accès devrait aller de pair avec la mise en place de services de soins de santé de qualité, dispensés par un personnel suffisant et doté des qualifications requises. C'est en Chine, que l'on observe la plus grande avancée en matière de couverture universelle de soins de santé. Elle a étendu la couverture à 70 millions de personnes supplémentaires chaque année (Association Internationale de la Sécurité Sociale, 2016).

En Algérie, la sécurité sociale a été mise en place à partir de 1949. Les actions des travailleurs algériens menées particulièrement entre 1947 et 1949 ont

débouché sur la promulgation en juin 1949 d'une ordonnance qui dotera l'Algérie d'un régime de sécurité sociale et de retraite pour le régime général, régime qui ne sera réellement appliqué qu'à partir de 1950 pour les assurances sociales et de 1957 pour l'assurance vieillesse.

Grâce aux luttes incessantes des travailleurs algériens, de nouveaux droits sont arrachés en 1949 par l'introduction des allocations familiales. Mais contrairement aux dispositions du code français de la famille, cette mesure était discriminatoire et excluait les salariés du secteur agricole, ce qui a eu pour conséquence de priver l'immense majorité du peuple algérien de cette prestation en raison de la concentration de la main d'œuvre algérienne dans le secteur agricole. Ce n'est qu'en 1956 que les travailleurs agricoles seront admis au bénéfice des allocations familiales (<https://www.mtess.gov.dz/fr/politique-nationale-et-legislation-de-la-securite-sociale/>).

A l'indépendance, le système de sécurité sociale est donc marqué par la multiplicité des régimes (11 régimes), cette organisation et mode de financement a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changements indispensables, à savoir:

- L'unification des structures,
- L'unification des avantages,
- L'élargissement des bénéficiaires.

Avec le décret n° 92-07 du 4 janvier 1992, relatif à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale, l'institution en 1994 de l'assurance chômage et la création en 2006 par le décret n°06-370 du 19 octobre 2006 (JORA, n°67 du 28/10/2006) de la caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, l'architecture actuelle du système présente cinq caisses nationales de sécurité sociale. Ces caisses ont le statut d'établissement public à gestion spécifique (République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Social, 2011):

- La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)
- La caisse nationale des retraites (CNR)
- La caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS)
- La caisse nationale d'assurance chômage (CNAC)
- La caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (CNRSS)

Ces organismes sont présents sur tout le territoire national à travers un réseau d'agences, d'antennes ou de centres implantés au niveau des wilayas. Les caisses sont dotées d'organes délibérant (les conseils d'administration) et d'organes exécutifs (le directeur général et l'agent chargé des opérations

financières). La tutelle est exercée par le ministère chargé de la sécurité sociale. Par ailleurs, la sécurité sociale est soumise au contrôle de l'Etat (contrôle de l'inspection générale des finances et de la cour des comptes) (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, 2010).

### **SECTION 2: La modernisation du système de sécurité sociale**

La CNAS est un établissement public à gestion spécifique, elle est dotée d'une personnalité morale et de l'autonomie financière, et elle est réputée commerçante dans ses relations avec les tiers. Elle est à la fois la plus ancienne et la plus importante caisse par rapport aux autres caisses du système de sécurité sociale (Article 49 de la loi n°88-01 du 12 janvier 1988). La CNAS assure les prestations suivantes (Caisse Nationale D'assurances Sociale (CNAS), Historique et missions, In: [http://www.mtss.gov.dz/mtss\\_fr\\_N/CNAS.htm](http://www.mtss.gov.dz/mtss_fr_N/CNAS.htm)):

- Les soins de santé et les médicaments sont pris en charge à 80 % et dans certains cas à 100 % (malades chroniques notamment);
- L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie représente 50 % du salaire pendant les 15 premiers jours. Elle est portée à 100 % du salaire au-delà du 16ème jour;
- Les prestations de l'assurance maternité sont prises en charge à 100 %. Les femmes qui travaillent bénéficient d'un congé de maternité de 98 jours;
- Le montant minimum des pensions d'invalidité est égal à 75 % du SNMG;
- Au décès de l'assuré, il est servi un capital décès à ses ayants droit;
- Les risques professionnels donnent lieu à une couverture à 100 % pour les soins et les arrêts de travail;
- Des rentes sont versées en cas de séquelles corporelles de l'accident;
- Des rentes sont servies aux ayants droit en cas d'accident mortel.

Les sources de financement de la CNAS sont essentiellement des cotisations à la charge des employeurs et des travailleurs. Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé. Le salaire de poste correspond au salaire plafond par type d'activité, pris en compte pour le calcul des cotisations (l'appellation exacte étant "salaire soumis à cotisations" (Loi 90-11 relative aux relations de travail)).

La sécurité sociale estime que sa contribution aux dépenses de santé est de plus en plus importante. Elle est passée de 10 Milliards de DA en 1993 à 35 Milliards de DA en 2006, représentant près de 22% du total des dépenses de la CNAS (BOULAHBAL, Décembre 2008). Le système Chifa mis en œuvre en juin 2007 constitue un projet novateur s'appuyant sur l'utilisation d'une technologie de pointe « la carte à puce » appelée carte Chifa. Il s'inscrit dans le cadre de la modernisation des procédures de gestion des assurances sociales.

La carte Chifa permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour faire valoir leurs droits aux prestations de sécurité sociale. Elle comporte des informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux). Cette carte est dotée également de plusieurs codes en vue de faciliter la mission aux partenaires sociaux tels les pharmaciens, médecins, hôpitaux et agents de la CNAS et de garantir de meilleures prestations à l'assuré en matière de suivi et d'orientation médicale en Algérie.

Les conséquences directes de la mise en œuvre du système sont:

✓ Pour les assurés sociaux:

- Disparition progressive des supports papiers nécessaires à la prise en charge de leurs soins de santé;
- Allègement des procédures de remboursement et disparition des files d'attente des centres de paiement des organismes de sécurité sociale;
- Extension du système tiers payant;
- Rapidité des remboursements dus.

✓ Pour les organismes de sécurité sociale:

- Meilleur suivi et contrôle des prestations servies et donc meilleure maîtrise de la dépense;
- Facilitation de la mise en œuvre du conventionnement et de la contractualisation;
- Amélioration de la qualité des prestations de services;
- Outil de constitution et d'amélioration des banques de données de la sécurité sociale.

✓ Pour les partenaires de la sécurité sociale:

- Modernisation de leur gestion;
- Modernisation de leurs relations avec les assurés sociaux et avec les organismes de sécurité sociale;
- Amélioration de la qualité de leur offre de services aux assurés sociaux.

Aujourd'hui une part non négligeable de la population dispose d'une carte Chifa, seulement, elle est souvent utilisée à des fins frauduleuses (un membre de la famille titulaire de la carte Chifa peut se faire prescrire des médicaments afin de les donner à un autre membre de la famille non assuré). Le montant des dépenses à la charge de la CNAS a été maintenu entre 35 et 38 milliards de DA pour la période allant de 2005 à 2011, et a atteint les 88 milliards DA, en 2019 (ZIANI & ZIANI, 2021).

En pratique, la contractualisation vise à consacrer une plus grande transparence entre la CNAS et l'hôpital. Pour être admis à l'hôpital, le citoyen doit présenter sa carte de sécurité sociale s'il est affilié à une caisse de sécurité sociale. Les personnes démunies devront présenter une carte délivrée par les directions de la solidarité nationale de la wilaya et les nantis seront invités à payer la facture d'hospitalisation à leur sortie de l'hôpital directement à la caisse de l'hôpital.

## **CHAPITRE 2: La réorganisation de la facturation des prestations médicales à la cnas**

La contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés y compris les centres hospitalo-universitaires est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés et de leurs ayants droit. La mise en œuvre de ce financement sera réalisée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux pris en charge dans les établissements publics de santé.

La démarche contractuelle entre l'hôpital public et la cnas nécessite le développement des fonctions indispensable pour la quantification, le suivi et le contrôle des prestations. La tenue de la comptabilité et la détermination des coûts des prestations ainsi que des paramètres entrant dans la facturation est primordiale.

### **SECTION 1: La Facturation directe**

Il s'agit, pour l'hôpital autrefois financés par le budget globale de transmettre une facture individuelle des patients directement à l'assurance maladie. La facture est destinée au remboursement des frais de soins prodigués à un assuré social, pour la part prise en charge par la cnas. La facture est établie sur la base des tarifs en vigueur. Pour la cnas, il s'agira d'apprendre à recevoir, à traiter et à intégrer ces flux de factures.

La mise en place de la facturation directe représente un nouveau défi pour les hôpitaux puisque l'enjeu majeur consiste à fluidifier le circuit de facturation et à améliorer l'organisation de la saisie de l'information administrative et médicale puisque la facturation individuelle et directe va relier l'activité à la caisse de l'établissement (<https://www.mtess.gov.dz/fr/politique-nationale-et-legislation-de-la-securite-sociale/>).

La mise en place de la facturation directe nécessite le respect d'étapes clés: Admission (accueil du patient, collecte et recueil des données administratives et sociales); Séjours, codification et sortie (qualité, exhaustivité des données médicales en temps réel, gestion des mouvements); Transmission des actes (qualité du recueil des informations nécessaires à une facturation et à un

recouvrement efficace et rapide); Recouvrement (fiabilité des échanges avec les débiteurs).

La nomenclature générale des actes professionnels est le référentiel de base de la cnas. Elle établit la liste des actes réalisés par les médecins, les chirurgiens-dentistes, les médecins dentistes, les sages-femmes et les paramédicaux pour déterminer le prix et les conditions générales de remboursement.

De son côté, et unilatéralement, le ministère de la santé a instruit en 2008 les établissements publics hospitalier à se conformer à un nouveau barème pour les consultations de médecine générale et de spécialité de l'ordre de 400 da et 300 da.

### **SECTION 2: Les inconvénients du financement à l'acte**

Le financement à l'acte est la forme la plus simple de financement à l'activité. C'est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué. Un soin hospitalier génère une quantité d'actes, le paiement est associé à chaque acte déclaré à la cnas.

Les principales limites du paiement à l'acte tiennent à son aspect non-limitatif et à sa tendance à perpétuer le mauvais usage des ressources, on observe les inconvénients suivants:

- Multiplication d'actes non nécessaires

L'augmentation de la quantité d'actes n'est pas forcément accompagnée d'une augmentation du volume de patients traités. En effet, les hôpitaux sont incités à augmenter le nombre d'actes fourni pour le patient. Le développement des systèmes d'information et leur utilisation pour comparer la performance des établissements ont pour effet de lier l'activité des établissements avec les besoins des patients.

- Inefficacité

Il n'y a aucun incitatif pour les hôpitaux à revoir leurs procédures. Ainsi, dans le cas où ces dernières seraient dispensées de manière inefficace, ce type de paiement aura tendance à perpétuer le mauvais usage des ressources.

La contractualisation CNAS- hôpital conduira à l'amélioration de la prise en charge du patient. Les habitudes prises dans l'hôpital mais aussi chez les patients restent inchangées et la dynamique du changement est lente à démarrer.

La mobilisation passe par la communication avec les patients, les services de soins et surtout les médecins qui croient que la transcription des actes est un geste insignifiant qui ne les concerne pas.

## Conclusion:

Le système contractuel est considéré comme le pilier de la réforme du système national de santé. Il contribue à l'identification et la gestion des objectifs du secteur de la santé, mais également à l'évaluation des activités et des coûts des actes de santé ainsi que la rationalisation des dépenses afin de préserver la gratuité des soins. Le système contractuel est donc un enjeu stratégique pour améliorer la performance du système de santé, car il est plus qu'une simple relation entre les parties contractantes, mais plutôt un véritable défi de développement.

Certes, La contractualisation a connu quelques progrès et une accélération ces dernières années dans sa définition et sa mise en œuvre, néanmoins, comme perspectives il faut:

- Actualiser la tarification à l'activité pour que le paiement par les organismes de la sécurité sociales soit réel;
- Améliorer la transparence en faisant circuler les informations entre les contractants;
- Déterminer la qualité des soins hospitaliers offerts pour les patients par un organisme certifié;
- Un suivi et un contrôle régulier dans la mise en application de la relation contractuelle.

Evaluer des expériences actuelles et futures, pour disposer de plus en plus d'informations qui permettront d'apprécier la pertinence de cette nouvelle stratégie qui représente le nouveau mode de gestion et de financement du système de santé algérien.

## Références:

1. Article 49 de la loi n°88-01 du 12 janvier 1988.
2. Association Internationale de la Sécurité Sociale. (2016). *Dix défis mondiaux à relever par la sécurité sociale*.
3. BOULAHBAL, B. (Décembre 2008). *L'Algérie de demain, Relever les défis pour gagner l'avenir, besoins sociaux à l'horizon 2025*.
4. Caisse Nationale D'assurances Sociale (CNAS), *Historique et missions*, In: [http://www.mtss.gov.dz/mtss\\_fr\\_N/CNAS.htm](http://www.mtss.gov.dz/mtss_fr_N/CNAS.htm). Consulté le Mai 20, 2022
5. Décret exécutif n° 04-101 du 1<sup>er</sup> avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé.

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

7. <https://www.mtess.gov.dz/fr/politique-nationale-et-legislation-de-la-securite-sociale/>. Consulté le Juin 20, 2022

8. JORA, n°67 du 28/10/2006.

9. Loi 90-11 relative aux relations de travail.

10. Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

11. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. (2010). Présentation du système de la sécurité sociale Algérie. Consulté le Aout 02, 2022, In : <http://conselho.saude.gov.br/cm/>

12. MSPRH. (Mai 2002). Comité interministériel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation, Rapport d'étape, Alger.

13. OMS. (2007). Une politique nationale de contractualisation : Guide pour son élaboration et son suivi, discussion paper No 2, Genève.

14. OMS. (Avril 2002). Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, Cinquante-cinquième assemblée mondiale de la santé, A55/24.

15. OMS. (Mai 2003). Cinquante sixième assemblée mondiale de la santé, WHA56.25 Point 14.13 de l'ordre du jour.

16. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (juin 1997). L'approche contractuelle : de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement, WHO/ICO/MESD.

17. PERROT, J., & ROODENBEKE, E. (2005). Le rôle de la contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. Paris: Edition Karthala.

18. République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Social. (2011). Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie.

19. SAIHI, A. (Avril 2006). Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives, ENSP, Dossier documentaire.

20. ZIANI, L., & ZIANI, F. (2021, Juin 30). La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie : Etat des lieux et contraintes. Revue les cahiers du POIDEX, 10(01), pp. 36-55.

21.

