

République Algérienne Démocratique et Populaire  
CONSEIL NATIONAL ECONOMIQUE ET SOCIAL

**CNES**

**ETUDE**

**STRATÉGIE  
DE DÉVELOPPEMENT  
DE L'AGRICULTURE**

**18<sup>ÈME</sup> SESSION PLÉNIÈRE**

***PUBLICATION DU CONSEIL NATIONAL ECONOMIQUE ET SOCIAL***

***JUILLET 2001***

## REMERCIEMENTS

La Commission « Relations de Travail » (C/RT) se félicite de la disponibilité des responsables des institutions, organismes et organisations qu'elle a invités aux auditions organisées durant les mois de février et mars 2001 et consacrées à l'examen du présent dossier.

Elle adresse plus particulièrement ses remerciements à :

- M. le Ministre du Travail et de la Protection Sociale,
- M. le Ministre de la Solidarité Nationale ,

Messieurs :

- M. le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et de la Population ,
- Le Directeur Général de la CNAS ;
- Le Directeur Général de la CASNOS ;
- Le Directeur Général Adjoint de la CNR ;
- Le Directeur Général Adjoint de la CNAC ;
- Le Directeur Général de la CACOBATP ;
- Le Président du Croissant Rouge Algérien ;
- Le Directeur de l'Emploi de l'ADS, ;
- Le Secrétaire Général du Conseil National des Assurances;
- Le Président du CSPA ;
- Le Président de l'UNEP ;
- Le Représentant de L'UGTA .;
- Le Représentant de la Mutualité Sociale .

### Préambule

Le CNES a été rendu destinataire, en décembre 2000, de trois (03) saisines émanant de Monsieur le Chef du Gouvernement, demandant la réalisation d'études, dont l'une d'elles porte sur **« l'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités permettant d'assurer leur équilibre financier »**.

Elle a été confiée à la commission « Relation de Travail », qui s'est assurée le concours de plusieurs conseillers d'autres commissions.

D'emblée, il s'est imposé qu'il ne s'agissait pas, à proprement parler, d'une saisine, c'est à dire d'un rapport circonstancié sur lequel l'avis du CNES aurait été sollicité.

Pour autant, et en dépit du caractère laconique du libellé et de ses ambiguïtés sémantiques, l'objet apparent de l'étude demandée s'inscrit pleinement dans le champ des préoccupations centrales soulevées précédemment par le CNES à travers diverses auto-saisines consacrées à la sphère sociale, ainsi qu'à travers diverses productions, notamment celles consacrées aux effets du Programme d'Ajustement Structurel. Les rapports semestriels de conjoncture consacrent, quant à eux, des développements plus ou moins denses à l'évolution enregistrée en matière de protection, sans toutefois avoir eu à en approfondir l'analyse.

L'absence de termes de référence, dont il aurait été souhaitable d'accompagner la saisine du chef du gouvernement, laisse l'entière responsabilité au CNES d'en délimiter le champ et l'étendue, voire d'en requalifier l'objet.

Il appartenait ainsi à la commission « Relation de Travail » d'identifier les éléments fondamentaux susceptibles de conduire à une analyse poussée du système de protection sociale, d'en privilégier les axes directeurs.

Ces choix méthodologiques préalables ont pour conséquence naturelle d'évincer du champ de l'étude, des aspects et des activités, par ailleurs, éligibles à un examen attentif.

Si les développements contenus dans la présente étude se devaient de la positionner dans un cadrage référentiel, essentiellement doctrinal, il était, en revanche, nécessaire d'éviter à cet exercice de dériver vers une présentation

abstraite ou une production académique, dont la réalisation aurait été, au demeurant hypothétique et l'utilité certainement réduite.

L'approche retenue privilégiera ainsi les deux composantes principales de la protection sociale :

- **le système de sécurité sociale**, de nature contributive
  - **et l'action sociale de l'Etat**, fondée, elle, sur la solidarité institutionnelle.
- On n'ignore pas, pour autant, l'importance des actions de solidarité professionnelle ou locale et en particulier celles des mouvements mutualistes ou associatifs, ou même privés ; mais ce segment complémentaire, appelé à se développer devra faire l'objet d'une étude particulière dans le cadre des mesures propres à améliorer l'efficacité de la protection sociale.

De même que ne relèvent pas du champ de cette étude, les dépenses de fonctionnement et d'équipement de l'Etat, touchant les secteurs dits sociaux et qui ressortissent des missions de service public de l'Etat, telles l'éducation, la santé, la politique des revenus et la politique fiscale qui, par l'effet de redistribution secondaire, améliorent le niveau de vie et peuvent le protéger. Ces données sont considérées ici comme des données indépendantes.

Ainsi conçue, la protection sociale est l'ensemble des mécanismes qui participent à assurer partiellement la sécurité sociale, à travers les prestations en nature ou en espèces.

Au sens de la présente étude, la protection sociale comporte ainsi deux volets : l'action sociale de l'Etat à travers les transferts monétaires et non monétaires et le système de sécurité sociale par les prestations individuelles et collectives qu'il assure.

Poser le problème de l'évolution des perspectives, des conditions et des modalités de l'équilibre financier des systèmes de protection sociale revient à s'interroger sur les capacités du système à garantir à la fois la pérennité de la sécurité sociale et à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Cela revient aussi à suggérer que le système serait trop généreux et excéderait les moyens du pays.

Le CNES, dans ses différents travaux, a fait ressortir le rôle primordial du système de protection sociale dans la sauvegarde du niveau de vie et de santé de la population, et par conséquent, les efforts à consentir pour préserver les

principes qui le fondent, en corrigeant les dérives ou les effets pervers dans l'application de ces principes.

De même, le CNES a eu à souligner l'impact des coûts sociaux du programme d'ajustement structurel, des réformes économiques et de la recherche des équilibres macro-économiques et financiers, sur la protection sociale.

En outre, le CNES a eu à insister sur les insuffisances d'une approche comptable, adoptée comme logique dominante, qui, conjuguée à la récession, a pénalisé lourdement la sphère réelle, et a provoqué des déséquilibres graves dans l'encadrement et l'organisation de la protection sociale, ainsi qu'une exacerbation des inégalités socialement inacceptables.

**Ces considérations qui ont guidé la Commission dans l'élaboration de cette étude ont conduit à rechercher des solutions visant la préservation du système, tout particulièrement dans ses principes de répartition et de solidarité d'une part et d'unicité, d'universalité et d'uniformité d'autre part.**

- Monsieur le Président du CNES, conformément à l'article 56 du règlement intérieur, a, par lettre du 18 décembre 2000, confié l'étude à la Commission « Relations de Travail », élargie aux Conseillers des autres Commissions qui étaient concernés par l'objet de la saisine et a procédé au lancement des travaux le 10.01.2001.
- Pour réaliser sa mission, la Commission s'est, lors de sa réunion du 17 janvier 2001, structurée en trois groupes chargés respectivement :
  - des Principes, Fondements et Perspectives : groupe animé par M. Farès
  - du Système de la Sécurité Sociale : groupe animé par M. Mokhtar Missoumi
  - de l'Action Sociale de l'Etat : groupe animé par M. Abdelmadjid Azzi.

**Liste des Conseillers de la Commission  
« Relations de Travail », élargie**

**Commission Relations de Travail :**

- M.A. Ghanes : Président
- M. M. Missoumi : Vice Président
- MM. Ouzir, Benyounes, Amraoui, Kordjani, Beljillali, Benzerafa, Boudebouz, Tchoulak, Toumi, Attia, Aidel, Merrah et Moussaoui.

**Commission Population et Besoins Sociaux :**

- Mme Belkhodja, MM. Azzi, Mechti, Bekkouche et Aoun.

**Commission Evaluation :**

- MM. Farès et Oussedik.

**Commission Perspectives de Développement Economique et Social :**

- MM. Souamès, Boudiaf et Bousbâa.

**Commission Communauté Algérienne à l'Etranger :**

- M. Lazri.

Le soutien technique, la recherche documentaire et l'élaboration des notes de synthèse et des données statistiques, ont été assurés par la Division des Etudes Sociales.

## INTRODUCTION

L'étendue et le niveau de protection sociale représentent des indicateurs pertinents du niveau de développement atteint par un pays, mais constituent également un reflet significatif de son histoire économique, sociale et politique. La protection sociale varie selon les périodes historiques considérées et les pays, d'abord par son degré de couverture et son champ d'application. Elle diffère également par la solidité et l'efficacité de ses structures d'intervention. Enfin, son devenir est diversement apprécié et vécu, en fonction de la profondeur de son ancrage dans la société et le degré d'attachement que lui vouent ses principaux bénéficiaires et de la charge émotionnelle qui l'enveloppe.

A ce titre, elle revêt les formes les plus diverses, allant de l'assistanat le plus rudimentaire, de nature surtout caritative à l'organisation la plus élaborée et la plus complexe.

En dépit d'une tendance à l'universalisation, les systèmes se distinguent pour les uns par leur précarité et leur vulnérabilité, et pour d'autres par leur propension à la pérennité.

**Toutefois, ils ont en commun d'affronter, avec une acuité différente certes, les mêmes défis, induits notamment par l'expansion quasi-généralisée de l'économie de marché et le triomphe du libéralisme économique.**

Les capacités contributives et objectives d'un pays concourent, pour une large part, à dessiner les traits caractéristiques majeurs de l'organisation de protection sociale, qui reste cependant largement influencée par la philosophie générale qui sous-tend le système de redistribution sociale.

Telle grande puissance économique, en harmonie avec ses référents doctrinaux n'intègre pas, de façon systématique, la protection sociale comme obligation permanente à la charge de la société. Tel autre pays, aux ressources plus modestes l'érige, au contraire, en élément distinctif de son identité socio-économique et un facteur dynamique de progrès social.

Les sous-bassements théoriques de ces choix, pour le moins contrastés, renvoient à des conceptions doctrinales et des écoles de pensée, dont les controverses, loin de s'atténuer, ne ravivent sous l'empire des crises économiques et prennent, aujourd'hui une tonalité nouvelle à la faveur de la mondialisation, d'une part et d'autre part des lois d'airain imposées aux pays en développement notamment, par les politiques d'ajustement structurel.

Sous cette optique, l'hégémonie de la pensée ultra-libérale porte en germe une menace potentielle, sinon de désagrégation, du moins de rétrécissement drastique du champ de protection sociale, en particulier lorsque ce dernier porte l'empreinte d'un contexte moins unilatéral des rapports sociaux.

Au cœur de cet enjeu de taille, se trouve la sécurité sociale, à la fois en tant qu'épine dorsale de toute la protection sociale, mais aussi en tant que conquête prestigieuse et emblématique du monde du travail.

Couronnant un long processus de sédimentations successives, dans un contexte de généralisation du salariat et de dépassement des solidarités traditionnelles, la Sécurité Sociale s'est progressivement incrustée dans l'univers quotidien au point d'apparaître comme un élément d'identification inhérente à la société moderne ? et comme partie intégrante du développement humain.

En Algérie, elle 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.

Après une période de plein essor, sous la double impulsion des programmes de développement économique et des principes ayant présidé à sa refonte, elle se trouve confrontée maintenant à des défis nouveaux, soulignés par l'accroissement de ses dépenses et la contraction de ses ressources, résultant du rétrécissement de l'emploi et de l'élargissement de la sphère informelle, en l'absence d'une croissance forte et durable.

Aussi, les interrogations lancinantes relatives à son devenir trouvent-elles dans cette situation leur légitimité.

Dans ce contexte, le principe de répartition, sur lequel se fonde le système de Sécurité Sociale conserve-t-il son utilité et son efficience pour garantir son équilibre financier et partant sa pérennité ? Dans la même perspective, une

solution alternative, notamment la capitalisation, est-elle envisageable, et si oui, dans quelles conditions et sous quelles formes ?

Au demeurant ce débat n'est ni nouveau, ni propre à notre pays. La même problématique s'est également imposée à des sociétés ne subissant pas les mêmes contraintes que l'Algérie. Elle englobe des questionnements devenus récurrents sur l'incidence des charges sociales sur l'emploi, la productivité, la compétitivité, surtout en contexte de recul de la croissance, de généralisation de la flexibilité du travail et de pressions considérables exercées sur les équilibres financiers.

Toutefois, l'universalité de ce débat ne dispense pas d'une analyse rigoureuse, objective des conditions les plus aptes à assurer, à court et moyen termes, l'équilibre financier du système de Sécurité Sociale. En effet, malgré son imprécision et même l'ambiguïté de la formulation de la saisine, objet de cette étude, qui évoque « les systèmes de protection sociale », il est aisé de déduire qu'elle concerne, en termes d'équilibre financier, le seul système de Sécurité Sociale, alimenté par des ressources, certes obligatoires, mais non fiscales, destinées à financer des prestations légales. L'action sociale de l'Etat, financée par le budget public, n'est pas, quant à elle, éligible à la même grille d'analyse financière. Dans ce dernier cas, il s'agit, en fonction de l'ampleur des besoins, de mesurer les efforts destinés à la lutte contre la précarité et la pauvreté et à la préservation de la cohésion sociale.

De façon plus fondamentale, et abstraction faite des différences entre les diverses composantes du réseau de protection sociale, la problématique se prolonge pour porter sur le degré d'harmonie à rechercher entre l'efficacité économique et les exigences de cohésion sociale, sur la base des mécanismes les plus appropriés de répartition et de redistribution du revenu national et à partir des formes les plus adéquates pour assurer l'équilibre entre les différentes composantes sociales du pays.

Ce dilemme, exprimant en termes nouveaux une problématique ancienne, prend une allure redoutable, en contexte de récession prolongée et sur fond d'ajustement structurel.

La panoplie standardisée de la thérapie imposée par le F.M.I, dans sa logique de contraction de la demande sociale et de réduction des dépenses liées à la sphère sociale, projette dans l'œil de son cyclone toute la protection sociale, et

notamment son épine dorsale, le système de Sécurité Sociale, convié, sous peine de disparition, à abandonner son principe de base, la répartition et à s'inscrire dans la logique ultralibérale de suprématie totale du marché au prix du désengagement massif de l'Etat.

Dans ce contexte, la Sécurité Sociale, se trouve au carrefour de choix, relevant de considérations plus politiques que techniques, sous-tendus principalement par l'ingénierie générale de la transition vers l'économie de marché et par le degré d'implication des forces sociales dans les étapes et les modalités de mise en œuvre de cette transition.

Bien entendu, ce décor général dans lequel se plante le devenir de la protection sociale dans notre pays ne peut l'absoudre de traitements visant plus d'efficacité, de rationalité et d'équité dans son déploiement.

S'il est banal de subordonner à une reprise durable d'une croissance forte le recul des difficultés de l'heure, la recherche d'une nouvelle configuration de la protection sociale dans le pays passe d'abord par une consolidation des principes de base la régissant actuellement, tant son utilité a été prouvée, surtout en période de crise, comme amortisseur principal des nombreux chocs provoqués par les politiques d'ajustement structurel.

## Section I : L'organisation de la protection sociale : vue d'ensemble.

En raison de son hétérogénéité et de l'élasticité de ses frontières, la protection sociale ne semble pas, dans toutes ses composantes, réductible à l'analyse suggérée par l'intitulé de la saisine du gouvernement lorsqu'il évoque « l'équilibre financier » des « systèmes de protection sociale ».

En effet, malgré son imprécision par ailleurs, ce libellé désigne davantage une organisation homogène, structurée, avec, entre autres caractéristiques, celle d'être soumise aux exigences d'un tel « équilibre financier », en liaison avec la nature particulière de ses ressources. A l'évidence, il vise la Sécurité Sociale, en tant qu'institution au champ d'action précis et aux règles déterminées, avec des ressources assurées quasi-exclusivement par des cotisations, et non d'origine fiscale.

De plus, les fluctuations observées dans l'emploi et les salaires déterminent amplement les recettes de la Sécurité Sociale, qui reste la clé de voûte de l'édifice de la protection sociale, au sein duquel l'Etat joue un rôle majeur, si l'on tient pour marginal, malgré son intérêt et sa qualité, l'apport bénévole d'associations à caractère caritatif.

S'il paraît difficile d'échapper à un débat doctrinal, universel sur l'étendue et la teneur d'un concept pratique, mais vague, de protection sociale, la démarcation retenue entre le système de Sécurité Sociale et les autres composantes de la protection sociale se fonde sur les différences dans les principes de base, dans la nature de l'organisation, du financement, des populations ciblées et des modes d'intervention, malgré les recoupements observés et parfois la similitude des modalités d'action.

Aux formes traditionnelles, familiales, communautaires, de solidarité, se sont progressivement substituées des mécanismes et des règles plus larges, plus anonymes et plus complexes de solidarité, basée non plus sur l'entraide ou la charité, mais sur des droits au sein d'institutions, dont l'attrait et l'importance n'ont cessé de croître, à la faveur notamment de la généralisation du salariat.

L'ampleur du chômage et de la misère, conjuguée à un état sanitaire alarmant, à l'indépendance, rendait une majeure partie de la population algérienne éligible à une aide ou à un soutien de la part de l'Etat. Les progrès appréciables accomplis dans le cadre du développement économique et social du pays durant plus de deux décennies ont corrélativement contribué à améliorer les revenus, la couverture sanitaire et élargir la base cotisante de la Sécurité Sociale. La mise en œuvre de la gratuité des soins, l'extension des avantages de la Sécurité Sociale à de nouvelles catégories et l'élévation du niveau de ces avantages sont venues renverser la vision conventionnelle de la protection sociale dans le pays. Conquête fragile et aléatoire à l'indépendance, la Sécurité Sociale est devenue, dans cette impulsion le moteur du progrès dans la sphère sociale.

Elle a, par la suite, contribué à amortir les effets désastreux de la crise économique et du programme d'ajustement structurel.

L'extension du chômage, de la pauvreté, cumulée à une réduction drastique des revenus des ménages configurent une nouvelle dimension à la problématique de la protection sociale dans notre pays.

Dans l'attente d'une reprise durable et vigoureuse de la croissance, la consolidation du système de Sécurité Sociale, sur la base de la répartition et le renforcement de l'intervention de l'Etat constituent les garanties les plus appropriées à la cohésion sociale du pays, et la réponse la plus adéquate aux thèses ultralibérales inspirées des politiques d'ajustement structurel.

A travers ses diverses composantes et ses différentes modalités l'intervention, la protection sociale entend, avant tout, corriger les iniquités de la distribution primaire des revenus. Toutefois ce souci d'équité ne doit pas constituer un frein au développement, au contraire un facteur d'impulsion à la croissance, mais dans une vision harmonieuse d'équilibre entre les exigences de la performance économique et une juste répartition des fruits de la croissance et du progrès.

**Chapitre I : L'organisation de la sécurité sociale : principes et résultats**

Dans cette première partie, on traitera de l'organisation administrative, des bénéficiaires, des risques couverts de l'institution de sécurité sociale. Le choix des éléments retenus est fait en fonction de leur lien direct avec la problématique de la saisine.

**1. Vue d'ensemble**

Le système de protection sociale d'un pays ne peut être que le reflet de son niveau de développement social et économique. Il est aussi la résultante du niveau du rapport de forces entre les différents acteurs de la sphère économique, sociale et politique.

L'évolution historique des systèmes de protection sociale et, plus particulièrement celui de la sécurité sociale, à travers le monde reste intimement liée à l'histoire des différents mouvements sociaux qui ont marqué l'humanité.

Comprendre aujourd'hui la sécurité sociale, son importance dans la protection des salariés et de leurs familles, son impact sur la répartition du revenu national et sur le fonctionnement de l'économie nationale, commande de l'appréhender à travers l'histoire de son évolution tant en Algérie qu'à l'échelle universelle.

Pour imposer le droit à la sécurité sociale, les travailleurs ont dû consentir de lourds sacrifices et mener des luttes longues et difficiles contre le patronat.

L'antagonisme entre l'aspiration à une politique sociale juste et une politique économique dont le seul objectif reste le profit, a constitué la toile de fonds des différentes réformes sociales.

**1.1 - Evolution historique**

En Algérie, la sécurité sociale fait, aujourd'hui, partie de l'environnement immédiat du travailleur et de sa famille.

En tant qu'institution, la sécurité sociale est au cœur des préoccupations de l'ensemble des acteurs de la sphère économique, sociale et politique du pays.

L'histoire de la sécurité sociale en Algérie ne date pas de l'indépendance. L'année 2000 a marqué le cinquantenaire des assurances sociales en Algérie.

L'antagonisme travailleur/patronat est plus complexe en Algérie parce que les travailleurs algériens ont dû faire face dans leur lutte pour arracher les premières lois sur la sécurité sociale adoptées en 1945 en France, au patronat et au pouvoir colonial.

Ce dernier a bien perçu à travers les revendications sociales des travailleurs algériens, leur caractère politique fondé sur la lutte pour la liberté et l'indépendance du pays.

Le statut spécial de l'Algérie pendant la période coloniale, considérée comme un département français n'a pas empêché le patronat français et le pouvoir colonial de différer à 1949 l'application en Algérie des lois de sécurité sociale votées en France en 1945. De plus, le contenu de ces lois a été modifié en Algérie, dans le sens de la restriction de leur portée.

Des avantages particuliers en matière de sécurité sociale sont accordés aux secteurs stratégiques et utiles pour les entreprises coloniales en particulier et l'économie française en général.

Les principes fondamentaux du système de sécurité sociale, la solidarité entre les cotisants des différents secteurs d'activité et l'unité du système d'organisation ont été bafoués.

A l'indépendance, le système de sécurité sociale est donc marqué par la multiplicité de régimes ( 11 régimes de sécurité sociale) octroyant des avantages disparates et structurés au plan administratif par une vingtaine d'organismes chargés de la gestion du régime général du secteur non agricole, des caisses de régimes spéciaux, 29 caisses du régime agricole, 13 caisses de secours minier.

Cette organisation et le mode de fonctionnement de la sécurité sociale au lendemain de l'indépendance a incité les pouvoirs publics à prendre des mesures tendant à la réorganisation du système, à l'amélioration des avantages servis aux assurés sociaux et à l'élargissement du champ d'application de la

sécurité sociale notamment aux personnes démunies exclues de certains avantages.

En fait, la véritable problématique de la sécurité sociale post-indépendance est posée à partir des années 1970 par le contenu de la refonte générale de la sécurité sociale, projet élaboré par la tutelle des organismes de sécurité sociale en relation avec l'ensemble des représentants syndicaux et les administrations des différents secteurs d'activité.

Ce projet de refonte de la sécurité sociale était basé sur :

- l'unification des structures
- l'uniformisation des avantages
- l'élargissement des bénéficiaires.

Ces trois objectifs visaient à faire jouer au système de protection sociale sa véritable mission historique d'un puissant système de protection contre tous les aléas de la vie.

Elément indispensable du progrès social, la sécurité sociale intervient à travers ses différents mécanismes de protection dans l'amélioration des conditions de travail et de vie des salariés et de leurs familles, contribuant de façon positive au développement économique national.

Les aménagements importants apportés à son mode d'organisation, au niveau de ses prestations et à l'élargissement de ses bénéficiaires ne pouvaient suffire et répondre aux exigences imposées par le développement économique et social du pays au cours des années 1970.

Le projet de refonte de la sécurité sociale élaboré par la commission nationale de refonte installée en février 1975 n'a pu être adopté par le gouvernement malgré son examen et ce pour principalement, le manque de mobilisation de l'organisation syndicale et les oppositions des ministères de tutelle des régimes particuliers (Agriculture – Fonction Publique – Finances).

Toutefois, par voie de circulaires, des améliorations importantes ont été apportées au niveau des prestations servies et une opération de décentralisation de grande envergure a été engagée, par l'installation de centres payeurs et de soins au niveau de l'ensemble du territoire national.

Ces infrastructures serviront au début des années 1990, à l'installation des caisses de wilaya.

Les mesures transitoires, contenues dans le projet de refonte, tendaient à apporter les correctifs nécessaires au relèvement de certaines prestations qui constituaient la seule ressource du travailleur et de ses ayants droits et préparaient, au plan de l'organisation, l'unification des régimes et la modernisation de la gestion.

Les lois de sécurité sociale d'avril 1983 sont l'aboutissement certes tardif mais nécessaire du projet de refonte de la sécurité sociale.

Consacrant les principes fondamentaux du système de sécurité sociale, la solidarité, l'uniformisation vers l'amont des avantages servis et l'unicité de gestion, les lois de 1983 vont, à partir des années 90, être modifiées par des textes de niveau inférieur et ouvrir par là même, la voie à toutes les dérives dont le déséquilibre financier n'est que le résultat final et apparent.

En effet, qu'il s'agisse de l'instauration d'un régime particulier de retraite (FSR), d'octroi d'avantages particuliers à certaines catégories d'assurés notamment en matière de retraite, de création de nouvelles caisses de sécurité sociale (Chômage – Bâtiment) et de prise en charge de nouvelles catégories non cotisantes, l'ensemble de ces mesures même s'il répondait à des besoins exprimés, a constitué néanmoins, une sérieuse fissure de l'édifice mis en place en matière de sécurité sociale.

Devant la crise économique aiguë, que traverse le pays depuis les années 80 et les effets dévastateurs du terrorisme, la sécurité sociale a pu contribuer à amortir les effets de ces crises.

Néanmoins, la sauvegarde du système de sécurité sociale et sa pérennisation sont aujourd'hui un autre défi à relever. Il passe nécessairement et obligatoirement par la consolidation des principes de solidarité entre les travailleurs des différents secteurs d'activité, entre les générations (actifs, non actifs, jeunes, personnes âgées ...). Car, la sécurité sociale qui a toujours occupé une place prépondérante dans la politique de protection sociale globale, est, à l'heure actuelle, un vecteur important des transferts sociaux.

## 1.2 - La Sécurité Sociale en quelques chiffres.

Le droit à la sécurité sociale, notamment pour le risque maladie, est accordé à près de 5.767.000 assurés, dont environ 2.400.000 sont constitués par les catégories d'inactifs. Avec les ayants droit qui ne sont\_malheureusement pas saisis par les statistiques de la CNAS, la couverture sociale bénéficierait à environ 26,403 millions de personnes à raison de 4 ayants droit par assuré (conjoint et trois enfants à charge).

Ainsi, sur une population totale qui avoisine les 30 millions, le taux de personnes couvertes aurait été de 87,4 % en 1999.

Le système national de sécurité sociale a dépensé plus de 170 Milliards de DA en 1999 (4,58% du PIB ) soit plus 6,4 % par rapport à l'année 1998 et ce, pour assurer notamment un revenu de remplacement à plus de un million de ménages et couvrir plus de 80 % de la population en terme d'assurance maladie. Les dépenses de la sécurité sociale pour l'année 2000 s'élèvent à près de 186 milliards de DA, soit 4,52 % du PIB.

En comparaison, le budget social de l'Etat, - constitué par des transferts à caractère social (en espèce et en nature) en direction des ménages - pour la même année est de l'ordre de 221,6 milliards de DA soit 5,4 % par rapport au PIB et de 206 milliards de DA, soit 6,5 % du PIB en 1999. Ces chiffres placent les dépenses de la sécurité sociale à un niveau proche des dépenses de l'action sociale consenties par l'Etat.

Au plan international, le système algérien se situe à un niveau égal à celui des pays à revenu intermédiaire. Dans l'Union Européenne les dépenses de sécurité sociale avoisinent une moyenne de 28 % du PIB. En Europe centrale et orientale les dépenses de sécurité sociale représentent entre 10 à 20 % du PIB.

En Turquie et en Tunisie ces dépenses représentent respectivement 6,9 % et 7 % du PIB.<sup>(1)</sup>

**Le taux global de cotisation** est fixé, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999, à **34,5%** dont 9% à la charge du travailleur, 25% à la charge de l'employeur et 0,5% prélevés sur la part travailleur des œuvres sociales.

---

(1) rapport sur le travail dans le monde 2000. "Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation". BIT

Ce taux est réparti entre les différentes branches en fonction de l'importance des charges qu'elles supportent :

|                                                |        |
|------------------------------------------------|--------|
| Assurance sociale                              | 14 %   |
| Retraite                                       | 16 %   |
| Accident du travail et maladie professionnelle | 1,25 % |
| Chômage                                        | 1,75 % |
| Retraite anticipée                             | 1,5 %  |

La cotisation des non salariés est fixée à 15 % sur le revenu déclaré. Le montant annuel minimum de la cotisation est égal à 14.400 DA et le maximum à 86.400 DA .

On rappellera par ailleurs que les lois de 1983 portant refonte du système ont étendu le bénéfice de la sécurité sociale à des catégories de non actifs. La cotisation due par ces catégories particulières est à la charge de l'Etat, ce qui «théoriquement» préserve le caractère contributif du système.

## 2 - Les institutions

Préalablement à l'examen de l'organisation du système de Sécurité Sociale, il y a lieu de traiter des effets institutionnels, juridiques et sociaux de la cotisation.

Un système fondé sur la cotisation signifie autonomie et particularisme. Il entraîne l'affectation de ces fonds à des dépenses exclusivement sociales.

L'autonomie financière permet aux organes de sécurité sociale de remplir leur mission notamment celle de servir un volume de prestation quotidien important et au niveau de n'importe quelle partie du territoire national.

Le principe du recours aux capacités contributives des assurés s'accompagne de la règle de proportionnalité des cotisations aux revenus salariaux. Ceci entraîne une étroite dépendance des ressources de la sécurité sociale par rapport à l'évolution des agrégats macro-économiques suivants :

- Le volume de l'emploi salarié stable.
- Le niveau moyen des salaires.
- Le niveau des dépenses budgétaires de l'Etat en sa qualité d'employeur et d'assureur des catégories particulières.

Du point de vue doctrinal, la cotisation de sécurité sociale n'étant pas un impôt ou un prélèvement parafiscal, est un salaire socialisé destiné à la seule couverture des dépenses de prestations sociales.

La cotisation de sécurité sociale est prélevée sur les salaires pour être versée sous forme de prestation sociale (salaire socialisé).

Les ressources de la sécurité sociale sont affectées aux seuls avantages prescrits par la législation et ne peuvent être utilisés à d'autres fins.

Depuis sa création, le système de sécurité sociale s'appuie sur une structure de financement qui implique essentiellement les travailleurs et les employeurs. Ce sont les principaux financiers de l'institution de sécurité sociale, leurs contributions représentent 96% des ressources du système (non compris la caisse des non salariés).

♦ L'organisation du système est fondée sur le principe de la gestion séparée des risques. A cet égard, chacune des caisses existantes, CNAS, CNR, CASNOS, CNAC, et CACOBATPH, est chargée de la gestion d'un certain nombre d'activités inhérentes au risque géré, à l'exception de la CNAS qui a des attributions supplémentaires.

Les organismes de sécurité sociale sont représentés sur tout le territoire national par un réseau d'agences, d'antennes ou de centres implantés respectivement au niveau des wilayas, des corps organisés comme les fonctionnaires, et des grandes entreprises.

Les institutions sont donc conformes au modèle général ; un financement par cotisation, une gestion assurée, en principe, par les représentants des cotisants. Ces deux principes sont appliqués par les textes actuels à tous les bénéficiaires mais avec des modalités qui diffèrent selon le statut des cotisants et leur relation avec l'emploi.

- Les caisses sont administrées par des conseils d'administration où la représentation des adhérents est majoritaire. La présidence des conseils échoit de fait à leur représentants <sup>(2)</sup>.

---

(2) Décret exécutif n° 92 – 07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, article 13.

Il faut souligner que l'Etat - puissance publique - exerce les fonctions traditionnelles de législateur, de tutelle, de contrôleur général et de régulateur.

Les conseils d'administration des caisses ont pour charge l'orientation, l'approbation et le contrôle de l'application des programmes de gestion administrative et financière des caisses dans le cadre d'une autonomie consacrée par les textes de loi en vigueur. Les prérogatives qui leur sont ainsi dévolues leur confèrent, au moins formellement, une pleine responsabilité sur les objectifs fixés et les résultats obtenus et donc sur la nécessaire correspondance entre les ressources et les dépenses du système.

Il semblerait que l'activité des conseils se limite, en fait, à l'adoption des budgets de gestion, lesquels ne deviennent exécutoires qu'après approbation par le ministre de tutelle.

Comme il semblerait que la fonction de représentation des usagers ait été monopolisée par un système de désignation de ces derniers par les représentants des travailleurs et des employeurs. Enfin, l'on constaterait une faible « vitesse de rotation » des membres ainsi désignés.

Paradoxalement l'autonomie du système, qui se manifeste dans son budget d'action sociale et qui est justifiée par le mode de financement, s'est réduite.

Service social, aide au logement, aux vacances des familles, aide ménagère, équipement sanitaire, sont des domaines d'action dans lesquels s'exerçait l'autonomie du système de sécurité sociale et qui semblent avoir pour le moins disparu.

Ces fonctions étaient possibles tant que les financements d'Etat, en particulier pour les hôpitaux, étaient suffisants pour que la contribution de la sécurité sociale joue le rôle d'appoint et d'amélioration des prestations au bénéfice de ses usagers.

Or, en raison des restrictions budgétaires, les différentes lois de finances adoptées à partir de 1973 ont instauré les forfaits hôpitaux. La contribution de la sécurité sociale aux services hospitaliers s'est ainsi transformée en subvention de fonctionnement au budget de l'Etat. La finalité de l'action sociale est alors déviée puisque les cotisations sont affectées à des dépenses qui auraient dû être financées par l'impôt.

L'autonomie est limitée par ailleurs par le fait que c'est l'Etat qui décide des droits des assurés. L'ensemble de la législation adoptée le prouve.

C'est ainsi que l'Etat, en fonction des préoccupations sociales du moment, fixe les taux, le montant des revalorisations et les modes de paiement des allocations familiales. L'assiette et le montant des allocations versées sont fixés réglementairement. Ainsi, il n'existe pratiquement aucun domaine de négociation avec l'assuré ou ses représentants.

### **3 - Le droit à la santé pour tous**

Le système de protection sociale qui a été développé s'est efforcé de concrétiser le principe du droit à la santé pour tous, et c'est à la lumière de ce principe que l'on peut apprécier aussi bien les résultats de ce système, tels que rappelés ci dessus que les débats sur des formes alternatives d'assurance sociale.

#### **3.1 - Au plan de la protection de la santé**

En plus de ses prestations traditionnelles, la sécurité sociale participe d'une part, à la promotion de la santé par son action statutaire et réglementaire, l'action sociale sanitaire et familiale et d'autre part, par le financement d'une partie de la santé publique (forfait hôpitaux, soins à l'étranger, prise en charge de dépenses d'aménagement et d'équipement de certaines structures de santé).

La pérennité de cette fonction traditionnelle et statutaire de la sécurité sociale exige une meilleure régulation des flux financiers et une maîtrise des coûts, d'autant plus que des assouplissements importants ont été apportés aux conditions d'ouverture de droits, dans le sens d'une protection généralisée.

En l'occurrence, il importe que les ressources allouées aux soins de santé soient utilisées de la manière la plus efficiente. Dans cette perspective, il conviendra d'impliquer et de contrôler tous les acteurs : structures sanitaires, prescripteurs, et également les malades.

Des procédures expérimentées et confirmées dans de nombreux pays ont fait leurs preuves et donné des résultats probants, telles que la facturation par groupes de maladies, les références médicales et professionnelles opposables, l'obligation de prescrire des médicaments génériques, le renforcement du contrôle médical et administratif de la sécurité sociale etc..

Il conviendrait de s'inspirer de ces expériences, de les adapter à notre environnement, de prendre des dispositions judicieuses et les mettre en œuvre.

Nul doute que l'objectif de maîtrise de coûts sera atteint au moins partiellement si ce n'est totalement. Dans tous les cas, la solution n'est pas à rechercher dans la transformation du système d'assurance des soins de santé mais dans le conventionnement de ses relations avec le système de santé.

Toute autre formule risquerait d'aboutir à la remise en cause des principes de répartition et d'universalité pour un système de santé « à deux vitesses », à savoir :

- Une assistance médicale minimum pour les démunis,
- La possibilité d'accéder à des soins de qualité par le recours aux assurances économiques pour les autres catégories.

Dans ce même domaine, d'autres avis s'expriment en faveur d'une autre variante, qui consisterait à instituer une protection généralisée de base publique financée par l'Etat, et un régime complémentaire de couverture facultatif.

De telles propositions ne trouvent pas de justification car, au moins en théorie, c'est ce qui existe dans notre pays avec la prise en charge par l'Etat des catégories démunies, la couverture du régime de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayants droit, et même un troisième pilier avec les mutuelles et les contrats d'assurance groupe souscrits auprès de sociétés d'assurances.

Donc, l'objectif de ces conceptions nouvelles est de revenir aux règles du marché aussi bien pour le système de santé que pour la sécurité sociale.

L'adoption de ces conceptions serait de toute évidence une régression en force du principe de l'égalité d'accès aux soins.

Car les principaux inconvénients des systèmes privés de protection de la santé sont les suivants :

- Le coût des services de santé dans un système marchand, qui limite l'accès des travailleurs aux soins aggravant l'iniquité dans l'accessibilité à la santé,
- l'absence de solidarité,
- la sélection des risques, qui réduit la couverture par les conditions liées à l'état de santé de l'assuré, sa situation familiale etc.. qui peut amener soit à rejeter des prescriptions soit à exiger des primes plus importantes dans le cas notamment de maladies chroniques.

En outre, il n'est pas prouvé que la privatisation des soins de santé publique, entraîne des coûts moins élevés, mais par contre, elle réduit l'accessibilité à ces soins.

S'agissant du poids des dépenses de santé sur l'économie en général et le Trésor Public en particulier, il y a lieu de savoir que la privatisation n'est pas forcément synonyme d'austérité et surtout que ni la privatisation, ni l'ampleur de l'enveloppe financière consacrée au système de la santé ne garantissent son efficacité.

A cet égard on cite l'exemple des Etats-Unis, premier pays au monde en matière de dépenses de santé avec 15 % du PIB.

Le rejet persistant par le parlement américain de l'institution d'un système national d'assurance maladie à l'Européenne a pour résultat que plus de 40 millions d'Américains soit 15% de la population sont sans couverture dans ce domaine.

C'est aussi le cas du Maroc où l'inexistence d'une assurance maladie nationale laisse des millions de personnes sans protection.

Dans ces deux pays, c'est l'opposition des compagnies d'assurances privées qui a mis en échec les projets d'institution de systèmes de couverture publics.

Il en est de même pour le Chili. Vingt ans après l'introduction d'un régime privé d'assurance maladie, le bilan dressé par des spécialistes s'établit comme suit :

- Le secteur couvre à peine le tiers (1/3) de la population mais consomme 50% des dépenses globales affectées à la santé.
- Les maladies nécessitant des soins importants et les personnes à bas revenus sont orientées vers le secteur public.
- Les primes sont révisées à la hausse en permanence et les frais de gestion représentent 20% des dépenses.

### **3.2 - Au plan de l'assouplissement des conditions d'accès**

Les conditions d'octroi des prestations sociales ont été considérablement assouplies par la législation en vigueur, dans l'optique du droit à la protection de la santé pour tous. Les trois règles de base sur lesquelles reposent généralement les systèmes contributifs à savoir la condition d'assujettissement, la période de stage et la durée de travail, ont été adaptées à cet objectif.

- *La condition d'assujettissement* supprimée dans un premier temps, est réintroduite par l'ordonnance n° 96-17 mais à des conditions assez souples.

Le droit aux prestations en nature est maintenu pour trois mois, six mois ou une année pour le travailleur justifiant respectivement de un mois, deux mois ou quatre mois de travail au cours de l'année précédant la date de cessation d'activité. Autrement dit, pour quatre mois de travail effectif un travailleur peut bénéficier durant seize mois de l'assurance maladie.

- *La condition de stage* est entièrement supprimée. Aucune prestation n'est soumise à l'accomplissement d'une durée quelconque d'immatriculation.

- *La condition de la durée de travail* est réduite de moitié par les dispositions de la loi n°83-11 du 2 juillet 1983 par rapport aux conditions antérieures. Elle est corrigée par l'ordonnance 96-17 dans le sens d'un léger accroissement.

Quinze jours de travail au cours du trimestre ouvrent droit au bénéfice des prestations en nature et en espèces des assurances maladie et maternité, et du capital décès.

Pour l'assurance maladie longue durée et l'invalidité, la durée de travail exigée est de deux mois au cours d'une année.

### **3.3 - Au plan de l'amélioration du niveau des prestations.**

Toutes les prestations de sécurité sociale ont été sensiblement améliorées.

En premier lieu, la suppression du plafond institue le calcul des prestations par rapport au salaire de poste, ce qui induit immédiatement un relèvement de l'ensemble des prestations.

Par ailleurs les divers niveaux d'indemnisation retenus ont considérablement amélioré les prestations accordées, tel qu'illustré par les quelques exemples ci - après :

- Les indemnités journalières servies en cas de maladie sont portées à 50% du salaire de poste pendant les quinze premiers jours et à 100% à partir du seizième jour et jusqu'à six mois.

- Le montant de l'allocation décès est égal à douze mois de salaire avec un minimum égal à 12 fois le SNMG.

- L'indemnité journalière servie en cas d'accident du travail est portée à 100% du salaire à compter du 1<sup>er</sup> jour qui suit l'accident. Le montant de la rente est calculé sur le taux d'incapacité qui est reconnue à la victime.

- Pour la retraite, le montant maximum de la pension est de 80% du salaire de poste, et le montant minimum est fixé à 75% du SNMG. La durée de travail pour l'obtention d'une retraite complète est de trente deux années.

Comme on peut le constater, le caractère contributif du système de sécurité sociale s'est nettement estompé même pour les prestations toujours ouvertes sous conditions d'activité, comme les prestations en espèces de l'assurance sociale, les pensions de retraite, d'invalidité.

Le système a renforcé les mécanismes de redistribution des revenus en développant des prestations non contributives à l'exemple des minimums de pension et des prestations universelles relevant de la solidarité nationale, telles les prestations en nature de l'assurance maladie pour certaines catégories.

#### **4 -Le droit aux prestations familiales.**

Les prestations familiales ont été conçues comme un droit et une partie intégrante de la Sécurité Sociale. C'est aussi un élément de la politique en faveur de la famille.

Elles sont constituées principalement des **allocations familiales** qui visent à compenser le coût de l'éducation des enfants, lato sensu. A cette allocation principale sont venues s'adjoindre des primes plus spécifiques telles que l'allocation pour conjoint à charge ou prime de salaire unique (IPSU), des allocations complémentaires pour enfants à charge (ICAF) et enfin des primes de scolarité. Les prestations familiales servies aux seuls salariés sont instaurées très tôt en Algérie.

Elles sont instituées par un arrêté du 6 mai 1941 et leur modalités d'application fixées par arrêté du 10 juin 1941 complété par l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Les travailleurs agricoles qui constituaient la majeure partie de la population algérienne, ont été cependant exclus du bénéfice des allocations familiales,.

A l'indépendance les deux principaux régimes existants, à savoir le régime général et le régime des fonctionnaires, servent des allocations familiales.

L'évolution des prestations durant les premières années de l'indépendance est décrite dans le tableau suivant :

**Tableau n°1 : Evolution du montant mensuel de l'allocation  
pour enfant à charge dans les différents régimes. En DA.**

|                           | 1962 | 1971 | 1974 | 1975 | 1982 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|
| Régime des fonctionnaires | 40   | 40   | 40   | 40   | 40   |
| Régime général            | 24   | 24   | 32   | 40   | 40   |
| Régime agricole           | 0    | 15   | 24   | 24   | 40   |

Source : M.F. Grangaud, " Rôle de la sécurité sociale en Algérie".

Il faut cependant faire les remarques suivantes :

- Les fonctionnaires bénéficiaient avant 1962 d'une allocation supérieure à celle servie aux autres salariés. Elle fut réduite à l'indépendance.
- Ce n'est qu'à partir de 1971, que les salariés du secteur agricole, perçoivent les allocations familiales. En outre le montant qui leur était alloué était inférieur à celui des autres régimes et il était limité à quatre enfants.
- Les salariés agricoles concernés étaient ceux du secteur autogéré et des CAPAM, qui étaient assimilés au secteur agricole public.
- Ce n'est donc qu'en 1982 qu'une première unification est enregistrée. Elle reste cependant partielle dans la mesure où certaines catégories percevaient des avantages additionnels tels les fonctionnaires qui perçoivent une allocation pour conjoint à charge et un supplément pour les enfants de plus de 10 ans. les assurés sociaux du régime général bénéficient quant à eux d'une prime de scolarité pour les enfants de 6 à 17 ans.

### Les prestations familiales dans le cadre des lois sociales

Les lois de 1983 qui refondent la sécurité sociale n'apportent aucun changement important en matière d'allocations familiales.

Entre temps, il est vrai, la loi ( 78-12 du 5 août 1978) portant Statut Général du Travailleur avait prévu l'institution d'un fonds national de l'enfance destiné à prendre en charge les besoins d'éducation des enfants.

Dans cette optique elle prévoyait, dès son entrée en application, le maintien en l'état des anciens systèmes de prestations familiales en attendant leur remplacement progressif par celles qui auraient été introduites dans le cadre du nouveau fonds.

La mise en place du fonds national de l'enfance ne s'effectuant pas, et l'idée en étant progressivement abandonnée, il faudra attendre 1991 pour que de nouvelles augmentations interviennent en matière d'allocations familiales et de prime de scolarité. Ces augmentations qui étaient le résultat de négociations entre les partenaires sociaux, avaient pour objectif d'éviter l'augmentation des salaires qu'interdisaient les accords avec le FMI. Le tableau ci-après retrace l'évolution de ces prestations au cours des dernières années.

**Tableau n°2 : Evolution du montant mensuel de l'allocation pour enfant à charge et de la prime annuelle de scolarité : en DA.**

|                                                                                | 1982 | 1991 | 1994 | 1995  | 1996  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|-------|-------|
| Allocation familiale<br>Salaire <b>inférieur</b> à 15.000 dinars               | 40   | 140  | 300  | 450*  | 600*  |
| Allocation familiale<br>Salaire <b>supérieur</b> à 15.000 Dinars               | 40   | 140  | 300  | 300   | 300   |
| Allocation de scolarité ( par an )<br>Salaire <b>inférieur</b> à 15.000 dinars |      | 250  | 400  | 800** | 800** |
| Allocation de scolarité (annuelle)<br>Salaire <b>supérieur</b> à 15.000 Dinars |      | 250  | 400  | 400   | 400   |

\* pour les cinq premiers enfants et 300 dinars à partir du sixième.

\*\* pour les cinq premiers enfants et 400 dinars à partir du sixième.

L'évolution des augmentations se caractérise par son importance et par l'introduction, à partir de 1995, de la conditionnalité de ressource et de la modulation du montant en fonction du nombre d'enfants ( 05 enfants) .

La CNAS, caisse gestionnaire de cette prestation a enregistré les dépenses suivantes en matière de prestations familiales :

| Milliards de DA        |       |       |       |       |       |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Rubrique               | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  |
| Allocations familiales | 16,51 | 21,36 | 28,39 | 29,04 | 23,03 |
| Primes de scolarité    | 1,52  | 1,98  | 1,82  | 1,84  | 1,72  |

Source : CNAS

Il faut souligner, le brusque recul des prestations distribuées au courant de l'année 1999 par rapport à l'année 1998. Les prestations en matière d'allocation familiales reculent de 21% et celles servies en primes de scolarité de 6,51%. Cette diminution est due au mode de financement de ces prestations.

Les prestations familiales servies par la CNAS concernent 1.480.000 allocataires, pour un nombre d'enfants bénéficiaires de 4.500.000.

La prise en charge des allocations familiales de nombreuses catégories d'inactifs (invalides, retraités, bénéficiaires de l'allocation chômage....) est le fait de l'Etat.

### **Les variations dans les modalités de financement des prestations familiales.**

Le financement des prestations familiales fait l'objet depuis quelques années de décisions souvent contradictoires.

Depuis leur institution, les prestations familiales ont été financées par des contributions à la charge exclusive des employeurs.

En 1985 elles deviennent une quote-part de la cotisation globale de sécurité sociale. Leur taux est fixé à 6% de la part employeur.

Une première réduction intervient en 1991, cette réduction liée au réaménagement des taux des différentes branches fait passer le taux initial à 3%.

Une seconde réduction intervient en juillet 1994, à la suite de la mise en place des régimes d'allocation chômage et de retraite anticipée. Pour éviter l'augmentation des charges des employeurs il est décidé de supprimer la contribution de l'employeur de 3%. Les prestations familiales sont financées à partir de cette date par le budget de l'Etat.

Une nouvelle modification est intervenue dans la loi des finances de 1999 portant report progressif du financement sur les employeurs à raison d'un financement transitoire Etat – Employeur, réparti ainsi :

| Année               | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|---------------------|------|------|------|------|
| Part de l'Etat      | 75%  | 50%  | 25%  | 0%   |
| Part des employeurs | 25%  | 50%  | 75%  | 100% |

Cette décision entraîne d'une manière quasi-automatique le recul du volume global des prestations servies.

Une telle situation appelle les remarques suivantes, au regard du droit à la prestation familiale :

Quel que soit le mode de financement retenu, il importe que les allocations familiales conservent leur caractère de prestations de sécurité sociale.

Il est tout aussi impératif de veiller à leur règlement effectif aux allocataires par un contrôle étroit des employeurs. Certaines informations recueillies font état du non-versement par les employeurs de la quote-part à leur charge depuis 1999 alors que le transfert définitif de la charge et de la gestion n'interviendra qu'à partir de janvier 2002.

L'attention doit être portée également sur les effets pervers qui auraient été constatés en matière de discrimination au recrutement des demandeurs d'emploi chargés de famille et en matière de salaires.

## **5 - L'aide sociale de la Sécurité Sociale.**

On considère que l'aide sociale est une aide légale fondée sur l'intervention de la collectivité. Dans ces conditions, elle ne peut être que publique, financée en

totalité par l'impôt prélevé par l'Etat et les collectivités locales. Elle n'a donc pas de contrepartie sous forme de contribution. Elle est individuelle, relative et subsidiaire.

L'aide suppose une procédure et une administration. Elle est par excellence le fait des collectivités locales. Avec la récession et l'application du programme d'ajustement structurel, l'aide sociale a pris une ampleur inconnue jusqu'ici. Ses fondements sont tels qu'elle recherche la spécialisation par rapport au système national de protection sociale alors qu'un grand nombre de bénéficiaires éventuels échappe à ses classifications.

Dans un souci de clarification méthodologique, il y a lieu de distinguer l'aide sociale qui pallie les inconvénients du ticket modérateur et qui est prise en charge par la sécurité sociale, et l'action sociale de l'Etat sous forme de transferts ou de filet social et dont la finalité est la réinsertion des exclus et /ou le maintien d'un revenu minimal.

L'aide sociale de la sécurité sociale, tout d'abord, se réalise notamment par l'aide médicale, l'aide aux personnes âgées, aux infirmes et de façon plus large, l'aide aux catégories particulières.

Les taux de cotisation pour les assurés relevant des catégories particulières sont fixés par le décret n°85-34 du 9 février 1985 ; ils sont toujours en vigueur. Il est utile de préciser toutefois, qu'au sens de cette réglementation, sont classées catégories particulières aussi bien des assurés actifs, que des assurés inactifs qu'ils soient pensionnés de la sécurité sociale ou pris en charge au titre de l'assistance de l'Etat.

Le dénominateur commun entre ces différents assurés est le niveau minoré du taux de cotisation fixé par rapport à celui des autres salariés.

Ces catégories ne bénéficient que des prestations en nature des assurances maladie et, pour certains, des prestations maternité ou accidents du travail et maladies professionnelles. Le montant global des recettes au titre des catégories particulières s'élève à 3,59 milliards de DA pour l'année 1999 ; il représente en moyenne 2,47 % du total des recettes de la sécurité sociale et 5,6 % des ressources de la CNAS.

Évaluée uniquement en pourcentage par rapport aux recettes globales, cette contribution semble évidemment très insuffisante. Cependant, cette forme d'estimation paraît d'une fiabilité toute relative compte tenu de la couverture

très partielle dont bénéficient ces catégories. Certaines d'entre elles comme les étudiants, les apprentis, les stagiaires ne sont, en général, pas considérés comme de grands consommateurs de soins et à ce titre, ne pèsent pas lourdement sur les dépenses de l'assurance maladie.

Par contre les catégories constituées par les retraités, les handicapés, les rentiers de la sécurité sociale peuvent représenter des sources réelles d'augmentation des dépenses des assurances sociales, compte tenu, théoriquement, d'une consommation plus importante de soins de santé par les personnes âgées et par les handicapés.

Les dépenses d'assurances sociales relatives au médicament, au forfait hôpitaux, aux actes médicaux et aux transferts pour soins à l'étranger (TSE) sont égales à 39,501 milliards de DA pour l'exercice 1998.

Or, les recettes au titre des catégories particulières, pour la même année, sont de l'ordre de 2,32 milliards de DA. Elles ne couvrent donc que 5,8% du total des dépenses de prestations en nature de l'assurance maladie, alors même que le nombre des assurés inactifs s'élève à plus de 2,4 millions de personnes sans compter leurs ayants droit.

A partir de ces estimations, et s'agissant uniquement des catégories bénéficiant de l'assistance de l'Etat - car pour les autres assurés (pensionnés de la sécurité sociale, et assurés actifs) leur prise en charge relève de la solidarité professionnelle - il est possible d'émettre l'hypothèse que «l'Etat algérien a organisé les solidarités de façon à se préserver d'abord lui-même en tant qu'assujetti ou agent payeur »<sup>(3)</sup> en reportant l'essentiel de la prise en charge de ces catégories de personnes sur la solidarité professionnelle, ou en d'autres termes sur l'effort contributif des salariés cotisant à taux plein.

Cependant, il est important de souligner qu'en l'absence d'une évaluation stricte des dépenses occasionnées par les catégories prises en charge sur le budget de l'Etat, il est difficile de juger avec rigueur du poids relatif de cette charge sur la sécurité sociale.

---

(3) Ministère du Travail et de la Protection Sociale «Politiques publiques, plan 1994,1997 et programmes d'actions 1994 pour l'emploi, le travail et la protection sociale », page130.

**CHAPITRE II : L'action sociale de l'Etat**

L'action sociale de l'Etat, est celle qui est financée par l'impôt et que l'on peut regrouper par fonction comme suit :

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.Soutien éducation dont:</b>                                               |
| 1.1 Bourses et présalaires                                                     |
| 1.2 Cantines scolaires                                                         |
| <b>2. Actions d'assistance et de solidarité:</b>                               |
| 2.1 Actions en faveur des non voyants, de l'enfance assistée et des handicapés |
| <b>3. Filet social</b>                                                         |
| <b>4. Fonds d'indemnisation des victimes du terrorisme.</b>                    |
| <b>5. Subvention de l'Etat au Fonds national du logement.</b>                  |
| <b>6-Subvention de l'Etat au Fonds national pour la Promotion de l'emploi</b>  |
| <b>7.Fonds Spécial de Solidarité nationale</b>                                 |
| <b>8.Autres transferts:</b>                                                    |
| 8.1. IPSU des fonctionnaires                                                   |
| 8.2. Pensions Moudjahidine                                                     |
| <b>9.Actions culturelles et sport.(mouvement associatif)</b>                   |
| <b>10.Prestations directes dont :</b>                                          |
| 10.1 Allocations familiales                                                    |
| 10.2 Complément différentiel servi aux petites pensions                        |
| 10.3 Complément différentiel servi aux Moudjahidine                            |
| 10.4 Contribution à la Caisse Nationale des Retraites                          |
| 10.5 Bonification d'intérêts                                                   |
| <b>Ensemble (1)</b>                                                            |
| <b>Transferts non monétaires</b>                                               |
| Fonds de soutien des prix                                                      |
| Subvention au secteur sanitaire                                                |
| Subvention aux établissements spécialisés de la protection sociale             |
| Fonds de compensation des frais de transport                                   |
| <b>Ensemble (2)</b>                                                            |
| <b>Budget social de l'Etat (1) + (2)</b>                                       |

Source : Le budget social de l'Etat (note du Délégué au Plan)

A travers ces différentes formes de redistribution de revenu et d'aides, en faveur des catégories sociales défavorisées, le budget social de l'Etat se présente comme un canal privilégié de lutte contre la pauvreté absolue et l'exclusion sociale.

Les implications sociales des réformes économiques ont eu pour conséquences de donner une dimension nouvelle à l'action sociale de l'Etat particulièrement en ce qui concerne :

- la préservation du système national de sécurité sociale, comme canal prépondérant de la solidarité collective, voire même nationale,
- la mise en œuvre de nouveaux dispositifs sociaux, appelés à protéger dans la limite des équilibres macro-économiques les catégories sociales vulnérables.

Mais ces dispositifs sont confrontés à des phénomènes caractérisés par :

- l'amplification des inégalités de niveau de vie qui accentuent le caractère persistant des tensions sociales,
- une forte pression sur le marché du travail, tendant à aggraver le rapport (actifs/inactifs) et la recrudescence de l'exode rural.

L'appréciation de l'efficacité de la dépense sociale de l'Etat ne peut se mesurer qu'en la rapportant à la population qui en bénéficie. En outre, pour évaluer le taux de couverture sociale par le budget de l'Etat, il faudrait tenir compte du niveau des prestations servies.

Certes, l'augmentation du rythme de croissance des transferts sociaux a permis d'élargir la couverture sociale à de nouveaux segments de la population fragilisés par les implications des réformes économiques.

Toutefois cette couverture demeure insuffisante malgré une légère amélioration du niveau de certaines prestations sociales telles que les allocations familiales et les indemnités servies dans le cadre du filet social (l'AFS et l'IAIG).

### **Chapitre III : L'organisation de la protection sociale face au nouveau contexte**

#### **1. Les problèmes posés à l'organisation de la Sécurité sociale.**

La refonte du système de sécurité sociale édictée par les lois de 1983 fut conçue dans une optique de généralisation et d'unification d'un droit social minimal quelles que soient l'organisation de l'économie et l'action sociale de l'Etat. Les règles de protection consenties s'inscrivent dans une perspective de continuité de la promotion de l'emploi salarié et donc d'une augmentation régulière des recettes de l'institution de sécurité sociale.

Dans un contexte de récession et de désengagement de l'Etat qui a fait peser sur le système des charges nouvelles non compensées par des sources de financement complémentaires qui accompagnent en principe toute charge induite, le problème de l'équilibre financier de la Sécurité Sociale a été posé.

Or, l'équilibre financier du système ne peut être appréhendé en dehors des principes fondateurs de la sécurité sociale seuls garants justement, d'une protection sociale et sanitaire à la mesure des exigences du niveau de développement économique et social.

Une confusion s'est ainsi rapidement instaurée entre la politique sociale de l'Etat et le fonctionnement de la sécurité sociale. Comme s'est développée une confusion entre l'action sociale à l'égard des plus démunis et la politique sociale de l'Etat. Il en résulte des remises en cause systémiques fondées sur des confusions méthodologiques

En effet, par « grignotage », le droit à la sécurité sociale a subi des transformations qui vont dans le sens d'un relâchement du lien avec l'affiliation professionnelle et l'effort contributif, autrement dit une couverture qui est à mi-chemin entre les règles assurantielles d'origine et l'universalité.

Ces transformations ne se sont pas étendues de manière conséquente aux conditions de financement de la sécurité sociale qui obéit à des règles assurantielles et dans laquelle le financement repose principalement sur les cotisations des travailleurs et des employeurs. Une cotisation minorée est accordée par l'Etat pour le compte des catégories inactives.

Cette combinaison a atteint ses limites dans un contexte de récession économique durable. La progression régulière des ressources n'est plus assurée

compte tenu de la réduction de l'emploi dans le secteur formel, de l'augmentation du chômage et du travail informel.

A la contraction des ressources, correspond en revanche une augmentation plus rapide des dépenses en raison des besoins accrus, en matière de protection, exprimés par de larges pans de la population dont les conditions de vie et de travail se détériorent rapidement. Cette situation induit de fortes tensions sur les équilibres financiers du système, notamment par les « charges reportées » sur lui et le problème de son organisation, menaçant y compris sa pérennité.

### **1.1. Les « charges reportées » sur le système de sécurité sociale.**

Les changements intervenus dans le contexte économique et social se sont traduits par des effets sociaux dont les charges directes et indirectes ont été reportées sur le système. C'est ici que réside la cause principale des déséquilibres illustrés par les déficits globaux du système.

Dans ce contexte, il est utile d'examiner les principaux facteurs de déséquilibre de la sécurité sociale depuis 1983 qui s'expriment par une extension de la solidarité entre actifs et inactifs, non compensée par un effort contributif adéquat.

#### **- L'extension de la solidarité entre actifs et inactifs .**

L'ouverture de la sécurité sociale au plus grand nombre ne s'est pas accompagnée d'un élargissement conséquent des sources de financement. Elle se traduit dans le contexte actuel de récession économique durable par un accroissement rapide du nombre des assurés inactifs au moment où le nombre d'assurés actifs cotisant à taux plein tend vers une baisse relative, ce qui accentue les pressions sur les équilibres financiers du système.

Le paiement par la sécurité sociale d'un certain nombre de prestations non contributives comme les différentiels pour le minimum de retraite, les avantages accordés aux moudjahidine en matière de retraite, les effets des politiques de l'emploi (retraite proportionnelle et sans condition d'âge) pose problème. Ces mesures auraient dû s'inscrire dans un plan cohérent et global.

De façon plus générale, l'évolution inversée de la base cotisante pose avec acuité le problème d'une identification rigoureuse des sources de financement de la protection sociale.

Il en est ainsi, notamment, de la nécessité d'opérer une clarification quant au choix des modalités et des sources de financement des dépenses de santé publique. En effet, la confusion qui caractérise le financement actuel du système de santé entraîne une utilisation extrême des ressources de la sécurité sociale au moment où leur progression est fortement limitée.

- **Un effort contributif incomplet .**

Le principe contributif qui sous-tend le système est largement amoindri par un assouplissement important des conditions d'ouverture au bénéfice des prestations sociales. Il est même totalement occulté pour les soins de santé.

En effet, la contribution de la sécurité sociale au financement du secteur public de santé n'est pas déterminée compte tenu des frais de santé occasionnés par les assurés et leurs ayants droit.

Tout individu peut obtenir des soins contre une somme modique ou à titre gratuit pour les plus démunis au niveau des structures publiques de soins sans avoir à justifier de sa qualité d'affilié à la sécurité sociale.

Ces pratiques sont triplement pénalisantes : outre le fait de diminuer les ressources de l'institution, elles sont aussi génératrices d'abus et d'une évasion de cotisations importante.

## **1.2. Des insuffisances organisationnelles et de gestion de l'institution**

Le mode de gestion en vigueur des organismes de sécurité sociale est défini par le décret n°92-07. Ce texte réglementaire fixe de larges prérogatives aux conseils d'administration.

Ce mode de gestion doit permettre :

- de mobiliser les autres partenaires sociaux de l'institution en particulier les représentants des employeurs économiques.
- de préserver les prérogatives de l'Etat en sa qualité d'employeur, de législateur et de garant des grands équilibres socio-économiques.

Néanmoins, dans la pratique, ce mode de gestion a révélé une certaine inefficacité pour imposer des règles plus transparentes et performantes tendant à rapprocher l'institution de ses assurés et à garantir une utilisation plus rationnelle et judicieuse des ressources de la sécurité sociale.

Cette situation entretient, dans les faits, un vaste flou quant à la responsabilité des uns et des autres sur la préservation des équilibres financiers du système.

Au plan organisationnel et fonctionnel, les principales faiblesses ont trait:

- à l'importance des dépenses consacrées à la gestion administrative des organismes de sécurité sociale
- aux insuffisances de la fonction recouvrement. La précarisation de l'emploi et l'expansion du travail informel, la modification de la taille des entreprises, exigent de repenser la fonction de recouvrement pour lui permettre de jouer son rôle névralgique de collecte des ressources ;
- l'absence d'une comptabilité analytique permettant d'apprécier la gestion des recettes et des dépenses par type d'assurés sociaux et par type de risque à l'effet de situer les raisons des déséquilibres ;
- la faiblesse de l'outil statistique qui renseigne mal et en tout cas de manière incomplète sur les réalités complexes que couvre le système de sécurité sociale ;
- la qualité de la prestation fournie aux assurés demeure fortement contestée par les usagers. Les raisons de cette faiblesse seraient dues notamment :
  - à une gestion encore peu performante : le traitement des dossiers est demeuré jusqu'à une date récente faiblement automatisé, sinon encore manuel du fait du retard enregistré dans l'introduction de l'outil informatique au niveau des agences ;
  - au faible niveau de qualification du personnel dont le niveau d'instruction paraît insuffisant : 12 % sans niveau, 20,5%<sup>(4)</sup> ont un niveau d'instruction primaire et 34,5 % le niveau du secondaire. Seulement 5% des travailleurs sont universitaires dont plus de la moitié constituée par le personnel médical (médecins et dentistes)<sup>(5)</sup>

## 2. Problèmes posés par l'action sociale de l'Etat

Le problème est celui des possibilités financières de l'Etat pour maintenir mais aussi améliorer le niveau actuel des prestations servies, étant donné que le rythme des dépenses sociales de l'Etat ne peut croître indéfiniment sans contrepartie.

---

(4) situation générale de la CNAS. contribution de l'UGTA au dossier « sécurité sociale », mai 1996.

(5) Idem

Le problème majeur, auquel est confronté le système de protection sociale à travers le budget social de l'État, est d'une part, l'utilisation rationnelle des ressources budgétaires tributaires des aléas de la conjoncture économique et d'autre part, la garantie d'une prestation décente aux populations nécessiteuses notamment à travers l'application des dispositifs d'attente, et, particulièrement celui portant filet social.

Quelques insuffisances sont relever:

- Le chevauchement et le manque de coordination entre les différents programmes (certains groupes de population en bénéficient plus que d'autres) ;
- Les programmes sociaux traditionnels ne sont pas bien maîtrisés. Le contenu de ces actions devrait être étudié pour mieux connaître les caractéristiques réelles de la pauvreté et savoir dans quelle mesure l'ensemble de ces programmes d'action sociale de l'Etat touchent effectivement les populations qui en ont besoin. ;
- L'action sociale de l'État n'est pas appréhendée et appréciée à travers ses aspects physiques ( réalisations des infrastructures sociales) ;
- L'absence d'évaluation périodique de l'application des différents dispositifs pour les adapter régulièrement à l'évolution des réalités socio-économiques du pays.

## **Section II : Le fonctionnement de la protection sociale et la recherche de l'équilibre.**

Les masses financières mises en œuvre par la protection sociale, à travers la sécurité sociale et le budget social de l'Etat, sont telles que cet aspect constitue une fonction en soi. La protection sociale, pour être pérenne, suppose donc des équilibres à préserver, une prévision et une planification.

Deux types de discours sont développés sur ce sujet. Pour ceux qui privilégient l'aspect financier, l'accroissement des dépenses est structurel et entraîne inévitablement le système vers la faillite. Au contraire, pour ceux qui privilégient la solidarité et la qualité des prestations, le système ne répond pas aux transformations de la notion de risques.

En vérité il n'est pas opérationnel de traiter de la protection sociale uniquement en termes de coûts ; il n'est pas certain, non plus, que

l'accroissement des dépenses permette de répondre aux transformations de la notion de risque.

Toute décision concernant la protection sociale ne peut occulter les équilibres de la politique économique ni la qualité des prestations. Le critère financier est déterminant à deux niveaux, celui de l'équilibre et des besoins de financement d'une part, et celui de la politique économique par l'importance des transferts, d'autre part.

Cela revient à rechercher qui paie la protection sociale. L'efficacité de cette protection en termes de sécurité constitue le troisième niveau. C'est ce triptyque qui servira de méthode d'évaluation de l'équilibre de la protection sociale, tant pour la sécurité sociale que pour l'action sociale de l'Etat.

### **Chapitre I : Les équilibres financiers.**

Un effort de clarification des concepts doit être fait pour permettre un débat social sur des bases justes. Les termes les plus souvent employés en la matière sont ceux de « déficit », de « charges sociales », de « charges indues », de « dépenses sociales », l'ensemble aboutissant à des « mises en question ». Débattre des équilibres financiers suppose :

- ◆ l'existence de documents normalisés et synthétiques,
- ◆ une grille de lecture harmonisée,
- ◆ une analyse de l'évolution des dépenses et du phénomène des vases communicants,

Ces trois conditions préalables sont indispensables aux arbitrages susceptibles d'assurer l'équilibre.

#### **1. L'absence de documents normalisés et synthétiques.**

Il n'existe pas de présentation normalisée d'un budget social de l'Etat et de la Nation. Pour les besoins du rapport national sur le développement humain, il a été procédé par les services du Délégué à la Planification à un essai de synthèse afin d'évaluer l'importance des masses financières relevant de la protection sociale.

Les tableaux, ci-après, récapitulent les dépenses y afférentes.

**Tableau n° 3-a : Budget social de L'Etat et Budget social de la nation**  
**Transferts en espèces et en nature** **En Milliards de DA**

|                                                     | 1990        | 1991        | 1992         | 1993         | 1994         | 1995         | 1996         | 1997         | 1998          | 1999          | 2000          |
|-----------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Soutien éducation</b>                            | <b>3,70</b> | <b>3,80</b> | <b>4,22</b>  | <b>4,82</b>  | <b>5,82</b>  | <b>6,63</b>  | <b>7,20</b>  | <b>8,11</b>  | <b>8,82</b>   | <b>10,82</b>  | <b>13,73</b>  |
| Dont :                                              |             |             |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Bourses et présalaires                              | 3,48        | 3,56        | 3,94         | 4,52         | 5,52         | 6,27         | 6,74         | 7,69         | 8,40          | 10,38         | 12,68         |
| Cantines scolaires                                  | 0,22        | 0,24        | 0,28         | 0,30         | 0,30         | 0,36         | 0,46         | 0,42         | 0,42          | 0,44          | 1,05          |
| <b>Actions d'assistance et de solidarité :</b>      | <b>0,20</b> | <b>0,21</b> | <b>26,31</b> | <b>24,10</b> | <b>19,83</b> | <b>23,92</b> | <b>34,40</b> | <b>49,74</b> | <b>44,41</b>  | <b>40,98</b>  | <b>49,40</b>  |
| Actions en faveur des aveugles, enfance             |             |             |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Assistée & handicapés                               | 0,20        | 0,21        | 0,31         | 0,65         | 0,75         | 0,97         | 1,20         | 1,59         | 1,51          | 1,68          | 3,00          |
| Filet social                                        | 0,00        | 0,00        | 24,00        | 20,75        | 13,12        | 11,50        | 11,90        | 13,40        | 14,00         | 14,20         | 15,00         |
| Fonds d'indemnisation des victimes d'actes          |             |             |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| de terrorisme                                       | 0,00        | 0,00        | 0,00         | 0,00         | 0,06         | 1,00         | 1,00         | 3,20         | 4,50          | 4,50          | 5,00          |
| Subvention de l'Etat au fonds National du logement  | 0,00        | 0,00        | 0,50         | 0,70         | 3,70         | 7,90         | 18,10        | 28,80        | 19,00         | 14,50         | 18,50         |
| Subvention de l'Etat au fonds National pour la      |             |             |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Promotion de l'emploi                               | 0,00        | 0,00        | 1,50         | 2,00         | 2,20         | 2,55         | 2,20         | 2,70         | 5,30          | 6,10          | 7,90          |
| Fonds Spécial de Solidarité Nationale               | 0,00        | 0,00        | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,05         | 0,10          | 0,00          | 0,00          |
| <b>Autres transferts :</b>                          | <b>5,98</b> | <b>9,77</b> | <b>12,94</b> | <b>17,74</b> | <b>27,94</b> | <b>44,50</b> | <b>59,90</b> | <b>82,70</b> | <b>103,14</b> | <b>120,44</b> | <b>122,64</b> |
| IPSU des fonctionnaires                             | 0,00        | 0,00        | 1,80         | 2,00         | 0,80         | 0,90         | 0,80         | 0,70         | 0,44          | 0,20          | 0,53          |
| Pensions des Moudjahidine                           | 4,40        | 4,90        | 6,40         | 9,90         | 12,80        | 15,60        | 18,90        | 25,00        | 37,90         | 59,90         | 42,00         |
| Actions culturelles et sport.(mouvement associatif) | 0,12        | 0,15        | 0,29         | 0,35         | 0,58         | 0,66         | 0,62         | 0,72         | 0,51          | 0,60          | 37,81         |
| Prestations directes                                | 1,19        | 3,33        | 4,04         | 4,79         | 12,96        | 26,55        | 38,43        | 49,83        | 49,14         | 42,59         | 31,15         |
| Dont allocations familiales                         | 0,87        | 2,76        | 3,30         | 3,90         | 11,90        | 24,50        | 36,40        | 44,20        | 36,20         | 36,62         | 11,45         |
| Complément différentiel servi aux petites pensions  | 0,00        | 0,00        | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00          | 10,45         | 8,00          |
| Complément différentiel servi aux Moudjahidine      | 0,00        | 0,00        | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00          | 4,00          | 0,55          |
| Contribution à la Caisse Nationale des Retraites    | 0,00        | 0,00        | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 0,00         | 6,00         | 14,00         | 1,55          | 1,30          |
| Bonification d'intérêts                             | 0,27        | 0,39        | 0,41         | 0,70         | 0,80         | 0,79         | 1,15         | 0,45         | 1,15          | 1,15          | 1,30          |
| <b>TOTAL (1)</b>                                    | <b>9,9</b>  | <b>13,8</b> | <b>43,5</b>  | <b>46,7</b>  | <b>53,6</b>  | <b>75,1</b>  | <b>101,5</b> | <b>140,6</b> | <b>156,4</b>  | <b>172,2</b>  | <b>185,8</b>  |

Source : Ministère des Finances

**Tab. n°3-b- : Transferts non monétaires : En Milliard de DA**

|                                                       | 1990 | 1991  | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  |
|-------------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Fonds de soutien des prix                             | -    | 17,70 | 27,70 | 14,40 | 23,60 | 17,20 | 11,40 | 0,70  | 0,20  | 0,40  | 0,20  |
| Subvention secteur sanitaire                          | 0,00 | 9,00  | 15,10 | 25,24 | 17,20 | 21,28 | 28,50 | 29,90 | 28,80 | 31,30 | 33,24 |
| Contribution aux étab. spec. de la protection sociale | 0,00 | 0,00  | 0,64  | 1,03  | 0,96  | 1,28  | 1,56  | 1,65  | 1,81  | 1,92  | 2,20  |
| Fonds de compensation des frais de transport          | 0,00 | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 0,00  | 0,75  | 0,19  | 0,23  | 0,20  |
| <b>Total (2)</b>                                      | -    | 26,70 | 43,44 | 40,67 | 41,76 | 39,76 | 41,46 | 33,00 | 31,00 | 33,85 | 35,84 |
|                                                       |      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| <b>BUDGET SOCIAL DE L'ETAT (1)+(2)</b>                | 9,9  | 40,5  | 86,9  | 87,3  | 95,4  | 114,8 | 143,0 | 173,6 | 187,4 | 206,1 | 221,6 |

Source : Ministère des Finances

**Tab. n° 3-c- : Dépenses de prestations des organismes de sécurité sociale :****En Milliards de DA**

|                                                 | 1990  | 1991  | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Caisse Nationale des Retraites (CN R) & R. Ant. | 9,29  | 14,53 | 21,35 | 26,67 | 31,31 | 37,84 | 44,73 | 56,04 | 71,75 | 84,5  | 92,9  |
| Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) | 17,42 | 23,04 | 30,09 | 34,5  | 33,5  | 37,16 | 46,76 | 51,46 | 52,53 | 54,62 | 56,2  |
| Caisse Nationale des Non Salariés (CASNOS)      |       |       |       |       |       | 3,11  | 4,50  | 5,70  | 7,38  | 7,87  | 8,60  |
| Caisse Nationale des Assurances Chômage (CNAC)  |       |       |       |       |       | 1,74  | 3,20  | 18,80 | 19,80 | 14,20 | 12,90 |
| <b>T O T A L</b>                                | 26,7  | 37,6  | 51,4  | 61,2  | 64,8  | 79,9  | 99,2  | 132,0 | 151,5 | 161,2 | 170,6 |

Tab. 3-d- : Transferts des autres agents économiques :

EnMilliards de DA

|                                                        | 1990        | 1991        | 1992        | 1993        | 1994        | 1995         | 1996        | 1997         | 1998         | 1999         | 2000         |
|--------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Œuvres sociales des entreprises et Collect. Locales    | 2,00        | 2,60        | 4,90        | 7,50        | 8,80        | 10,50        | 12,00       | 13,60        | 15,56        | 17,70        | 22,20        |
| Transferts de l'extérieur (officiels et non officiels) | 41,70       | 40,90       | 47,50       | 60,40       | 62,50       | 79,30        | 46,80       | 59,70        | 57,10        | 75,00        | 67,30        |
| Intérêts perçus                                        | 4,00        | 4,80        | 5,70        | 6,70        | 14,80       | 12,70        | 16,90       | 20,80        | 22,50        | 24,30        | 26,30        |
| Indemnités d'assurances                                | 1,40        | 1,60        | 1,90        | 2,50        | 3,00        | 4,00         | 5,00        | 6,00         | 7,20         | 8,60         | 7,40         |
| <b>TOTAL</b>                                           | <b>49,1</b> | <b>49,9</b> | <b>60,0</b> | <b>77,1</b> | <b>89,1</b> | <b>106,5</b> | <b>80,7</b> | <b>100,1</b> | <b>102,4</b> | <b>125,6</b> | <b>123,2</b> |

Tab. 3-e- : Budget social de la Nation :

En Milliards de DA

|                                                                | 1990        | 1991         | 1992         | 1993         | 1994         | 1995         | 1996         | 1997         | 1998         | 1999         | 2000         |
|----------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| I- Budget social de l'Etat (1)+(2)                             | 9,9         | 40,48        | 86,91        | 87,33        | 95,35        | 114,81       | 142,96       | 173,55       | 187,37       | 206,09       | 221,61       |
| II- Dépenses de prestations des organismes De sécurité sociale | 26,7        | 37,57        | 51,44        | 61,17        | 64,81        | 79,85        | 99,19        | 132,00       | 151,46       | 161,19       | 170,60       |
| III- Transferts des autres agents économiques                  | 49,1        | 49,90        | 60,00        | 77,10        | 89,10        | 106,50       | 80,70        | 100,10       | 102,36       | 125,60       | 123,20       |
| <b>TOTAL = ( I ) + ( II ) + ( III )</b>                        | <b>85,7</b> | <b>128,0</b> | <b>198,4</b> | <b>225,6</b> | <b>249,3</b> | <b>301,2</b> | <b>322,9</b> | <b>405,7</b> | <b>441,2</b> | <b>492,9</b> | <b>515,4</b> |

**Tableau n° 4 : Part du budget social de l'Etat et de la nation dans le PIB et les dépenses budgétaires.**

|                                                                         | 1990  | 1991  | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| PIB (en Milliards DA)                                                   | 555,8 | 844,5 | 1048,0 | 1166,0 | 1472,0 | 1966,5 | 2564,8 | 2762,4 | 2860,0 | 3162,0 | 4100,0 |
| Dépenses budgétaires (en Milliards DA)                                  | 142,4 | 226,2 | 296,7  | 375,0  | 461,8  | 589,3  | 724,6  | 845,2  | 892,0  | 961,7  | 1112,0 |
| <b>I- Budget social de l'Etat (1)+(2) / P I B %</b>                     | 2,0   | 4,8   | 8,3    | 7,5    | 6,5    | 5,8    | 5,6    | 6,3    | 6,6    | 6,5    | 5,4    |
| II- Dépenses de prestations des organismes. De sécurité Sociale / PIB % | 4,8   | 4,4   | 4,9    | 5,2    | 4,4    | 4,1    | 3,9    | 4,8    | 5,3    | 5,1    | 4,2    |
| III- Transferts des autres agents. Economiques / P I B %                | 8,8   | 5,9   | 5,7    | 6,6    | 6,1    | 5,4    | 3,1    | 3,6    | 3,6    | 4,0    | 3,0    |
| <b>Budget social de la nation / P I B %</b>                             | 15,6  | 15,2  | 18,9   | 19,3   | 16,9   | 15,3   | 12,6   | 14,7   | 15,4   | 15,6   | 12,6   |
| <b>Budget social de l'Etat / Dépenses budg. %</b>                       | 7,6   | 17,9  | 29,3   | 23,3   | 20,6   | 19,5   | 19,7   | 20,5   | 21,0   | 21,4   | 19,9   |

Constitué par les dépenses à caractère social des différents agents économiques au profit des ménages, le budget social de la Nation s'élève à plus de 515 Milliards de DA en 2000, soit 4,6% de plus que l'année 1999. Par rapport à 1990, ce budget a évolué à un rythme annuel moyen de l'ordre 19,5% et représente un poids assez appréciable de plus de 12% du PIB en 2000. Ces dépenses sont financées à hauteur de 43%, 33% et 24% respectivement par le budget social de l'État, les organismes de sécurité sociale et les transferts des autres agents économiques.

### **1.1. Essai de présentation du budget social de l'Etat.**

Constitué par des transferts à caractère social (en espèces et en nature) en direction des ménages, le budget social de l'État s'élève à plus de 206 Milliards de DA pour l'exercice de l'année 1999, soit plus 10% par rapport à l'année 1998, il est estimé à 221,6 milliards de DA en 2000.

Par rapport à 1990, ces dépenses ont évolué à un rythme annuel moyen de l'ordre 35% et représentent 5,4% en 2000 au lieu de 6,5% en 1999. A travers ces différentes formes de redistribution de revenu et d'aides en faveur des catégories sociales défavorisées le budget social de l'État est un instrument privilégié de lutte contre la pauvreté absolue et l'exclusion sociale.

- C'est dans un contexte social difficile que de nouvelles actions sociales de l'État sont intervenues pour favoriser ce système de solidarité nationale et assurer la cohésion sociale.
- L'analyse de l'évolution macro-financière des transferts sociaux de l'État montre que les dépenses sociales ont connu un rythme de croissance assez rapide surtout à partir de 1992 année, marquée par la mise en œuvre des réformes en matière des prix.
- L'application du programme d'ajustement structurel (P.A.S), à partir de mai 1995, a accéléré le rythme des transferts sociaux de l'État pour contenir, quelque peu, les effets des réformes économiques sur les catégories de population défavorisées.
- En effet, ces dépenses ont enregistré un taux de croissance annuel moyen de l'ordre de 24,5% entre 1991 et 1998. Ce taux est évalué à 18,4% durant la période du P.A.S. où les dépenses sont passées de 95 Milliards de DA en 1994

à plus de 187 Milliards de DA en 1998 alors qu'elles n'étaient que de 11 Milliards de DA en 1990.

L'évolution rapide de ces dépenses est consécutive à la prise en charge par le budget de l'État des nouveaux segments de population à travers la mise en œuvre notamment des dispositifs de protection suivants:

- Filet social,
  - Subvention de l'État au Fonds National du Logement, Subvention de l'Etat au Fonds National pour la promotion de l'emploi .
- C'est essentiellement à partir de 1995, avec la prise en charge du financement des allocations familiales que l'évolution des dépenses sociales de l'État a été plus marquée que les années précédentes. L'enveloppe financière consacrée par les services de l'État pour couvrir les prestations au titre des nouvelles formes de protection sociale s'élève à près de 70 Milliards de DA en 1998, soit 37 % environ du budget social de l'État.

Globalement , l'impact financier sur les dépenses budgétaires induit par la mise en œuvre du programme économique à moyen terme à travers la mise en œuvre des nouveaux dispositifs de protection sociale , mérite d'être rappelé (voir chap. II) ; il se présente comme suit:

|                               | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Impact en milliards de DA     | 45,9 | 49,8 | 60,0 | 74,9 | 69,3 | 65,5 |
| En % des dépenses budgétaires | 9.9  | 8.4  | 8.3  | 8.9  | 7.8  | 6.8  |

Source : Budget social de la nation, délégué au plan. décembre 2000

Entre 1990 et 1998, le taux de croissance des transferts sociaux de l'État a été supérieur à celui des dépenses budgétaires (respectivement 24,5 et 21,7 % par an). Cette tendance est également observée pour l'année 1999. En termes réels et globalement, les dépenses sociales de l'État ont enregistré un taux de croissance annuel moyen positif de l'ordre de 3,2 % entre 1992 et 1998. En moyenne, ce taux est évalué à + 8 % pour les trois dernières années (1997-1999). En revanche, le poids du budget social de l'Etat, ainsi calculé, aussi bien dans le PIB que dans les dépenses budgétaires a enregistré une tendance à la baisse et ce, pratiquement à partir de l'année 1992.

Le budget social de l'Etat qui représente 8,3% du PIB en 1992, n'en représente que 6,5% en 1999 et 5,4% en 2000. L'importance du budget social de l'Etat dans les dépenses budgétaires est passée de 29,3% à 21,4% entre 1992 et 1999 et à 19,9% en 2000.

Néanmoins, la redistribution des revenus à travers les transferts sociaux de l'Etat demeure assez significative dans la formation du revenu brut des ménages. Après avoir atteint 13,9 % en 1998, cette contribution se situe à 11,5 % en 1999 contre 3,3 % seulement en 1990.

### **1.2. La contribution du système national de Sécurité Sociale.**

Selon les données du tableau n°3-e ci-dessus, il apparaît que les prestations des organismes de la sécurité sociale se sont élevées à 161,2 Milliards de DA en 1999 (plus de 5% du PIB) soit plus 6,4 % par rapport à l'année 1998 et ce pour assurer notamment un revenu de remplacement à plus de un million de ménages et couvrir plus de 80 % de la population en terme d'assurance maladie. En 2000 les chiffres sont de 170,6 milliards de DA, (4,2% du PIB) et sont en progression de 5,83% par rapport à 1999. La présentation des dépenses de la sécurité sociale doit être complétée par celles des recettes du système.

Le premier déficit du système de sécurité sociale est enregistré en 1985, date de la mise en application des lois de 1983. Depuis, la sécurité sociale alterne des soldes négatifs et positifs, avec une nette tendance vers le déficit global. L'évolution de la situation financière globale du système au cours de ces dernières années confirme cette tendance.

Sur les cinq dernières années de la décennie quatre vingt dix ainsi qu'il apparaît dans le tableau ci-dessous, le résultat global du système est a priori négatif. Il faut cependant nuancer ce constat, car selon les chiffres qui sont présentés, seule la branche des retraites présente une situation financière réellement préoccupante avec un déficit de près de 33 milliards de DA pour l'année 1999.

**Tableau n° 5 : Evolution de la situation financière des caisses :  
Milliards de DA**

| Rubriques                    | 1995    | 1996   | Evol<br>%. | 1997   | Evol<br>% | 1998   | Evol<br>% | 1999   | Evol<br>% | 2000*  | Evol<br>% |
|------------------------------|---------|--------|------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| <b>CNAS <sup>(6)</sup></b>   |         |        |            |        |           |        |           |        |           |        |           |
| Recettes                     | 43,38   | 51,28  | 18,2       | 55,23  | 7,7       | 67,90  | 12,5      | 63,64  | 2,96      | 77,70  | 22,09     |
| Dépense                      | 45,14   | 55,84  | 23,7       | 56,86  | 1,82      | 69,31  | 9,79      | 63,56  | 2,37      | 77,60  | 22,09     |
| Ecart                        | -1 76   | - 4,56 |            | - 1,63 |           | - 1,41 |           | 0,08   |           | +0,10  |           |
| <b>CNR <sup>(7)</sup></b>    |         |        |            |        |           |        |           |        |           |        |           |
| Recettes                     | 35,62   | 35,90  | 0,92       | 39,91  | 11,0      | 51,36  | 28,7      | 53,46  | 4,0       | 62,32  | 16,6      |
| Dépenses                     | 38,73   | 45,82  | 18,3       | 57,50  | 25,5      | 73,48  | 27,8      | 86,37  | 17,5      | 93,39  | 8,12      |
| Ecart                        | - 3 ,11 | - 9,92 |            | -17,59 |           | -22,12 |           | -32,91 |           | -31,07 |           |
| <b>CNAC <sup>(8)</sup></b>   |         |        |            |        |           |        |           |        |           |        |           |
| Recettes                     | -       | -      | -          | -      | -         | 18,95  |           | 18,51  | 2,32      | 11,75  | -36,5     |
| Dépenses                     | -       | -      | -          | -      | -         | 14,08  |           | 11,91  | - 15      | 5,22   | -56,1     |
| Ecart                        |         |        |            |        |           | +4,87  |           | +6,60  |           | +6,53  |           |
| <b>CASNOS <sup>(9)</sup></b> |         |        |            |        |           |        |           |        |           |        |           |

(6) Source : CNAS analyse de la situation du système des assurances sociales février 2001.

(7) Source : CNR système national de retraite, situation actuelle février 2001

(8) Source : MTPS pour la CNAC

(9) Source : CASNOS fonctionnement du régime et perspective février 2001 ;\*chiffres provisoires pour l'année 2000

|                         |              |               |             |               |              |               |             |               |             |               |             |
|-------------------------|--------------|---------------|-------------|---------------|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| Recettes                | 1,54         | 2,41          | 47,5        | 4,77          | 117          | 8,41          | 75          | 8,87          | 14,9        | 8,30          | -6,43       |
| Dépenses                | 3,18         | 4,89          | 48,5        | 6,36          | 30,5         | 8,83          | 28,1        | 9,08          | -5,76       | 11,06         | 21,81       |
| Ecart                   | -1,64        | - 2,47        |             | -1,59         |              | -0,41         |             | -0,21         |             | -2,76         |             |
|                         |              |               |             |               |              |               |             |               |             |               |             |
| <b>Recettes totales</b> | <b>80,54</b> | <b>89,26</b>  | <b>9,91</b> | <b>99,65</b>  | <b>10,4</b>  | <b>140,37</b> | <b>29</b>   | <b>144,48</b> | <b>3,22</b> | <b>160,07</b> | <b>10,8</b> |
| <b>Dépenses totales</b> | <b>87,05</b> | <b>106,53</b> | <b>18,2</b> | <b>120,72</b> | <b>13 ,3</b> | <b>158</b>    | <b>23,6</b> | <b>170,92</b> | <b>6,98</b> | <b>187,27</b> | <b>9,6</b>  |
| <b>Ecart Global</b>     | <b>-6,51</b> | <b>-17,27</b> |             | <b>-21,07</b> |              | <b>-17,63</b> |             | <b>-26,44</b> |             | <b>-27,2</b>  |             |

## 2. Les grilles de lecture.

♦ **une première grille** consiste à constater les résultats financiers globaux et de chaque caisse. Globalement le déficit ne cesse d'augmenter pour atteindre 26,44 en 1999 et 27,2 milliards de DA en 2000.

L'analyse doit être poursuivie au niveau de chaque caisse. Dans ce premier type de lecture, il s'agit de faire apparaître ceux qui bénéficient des transferts.

L'on s'intéresse alors aux indicateurs suivants : le déficit ou l'excédent, les charges indues, les transferts, les compensations. En l'état actuel de la présentation des comptes il est difficile de connaître les trois derniers indicateurs. En application de cette méthode il est possible de faire les commentaires suivants :

- la Caisse des Assurances Sociales présente des résultats négatifs de 1995 à 1998. Sa situation financière s'améliore pour les années 1999 et 2000 avec un équilibre relatif ;
- la Caisse des Non Salariés enregistre des déficits réguliers durant ces dernières années avec une brusque détérioration en 2000 avec - 2,76 milliards de DA ;

- la Caisse d'Assurance Chômage est nettement excédentaire. Les excédents cumulés de cette branche s'élèvent à 60 milliards de DA, placés auprès des

banques, en bons du Trésor. Par ailleurs elle détient des créances sur la caisse des retraites. Cette situation financière reste favorable malgré les mesures décidées en 2000 en matière de répartition du taux global de cotisation. La CNAC voit, en effet sa part de financement ramenée à 1,75%, alors que celles de la CNR et de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles passent respectivement à 16% et 1,25%.

Au plan général, la progression annuelle des recettes qui est inférieure à celle des dépenses, est obtenue grâce notamment à l'augmentation du taux de cotisation qui passe de 31,50 % en 1995, à 34,50 % en 1999, soit trois points de plus, et à une plus grande dynamisation dans le recouvrement des cotisations.

Cependant, cette dynamique d'amélioration des recettes est contrariée par une augmentation plus rapide des dépenses, induite par l'accroissement régulier des prestations traditionnelles du système, mais aussi et **surtout par le report sur la sécurité sociale de nouvelles charges comme, entre autres, la retraite sans condition d'âge, la retraite proportionnelle**, prises dans le cadre de la politique de l'emploi à compter de l'année 1997. Les retombées de ces mesures sont entièrement supportées par la Caisse Nationale des Retraites qui enregistre simultanément une perte de cotisations et une augmentation des coûts.

Une baisse relative des dépenses est observée en 1999, suite à la prise en charge par la CASNOS des retraités non salariés et par l'Etat de certaines dépenses financées jusque là par la CNR (différentiel pour les pensions minimums, les pensions de moudjahidine).

De manière générale, l'équilibre du système demeure très précaire en l'absence d'une clarification des rapports entre la sécurité sociale et l'Etat, et partant de là, du rôle et des missions de chacune des deux parties dans le domaine de la protection sociale.

Dans ce cadre qui demeure, malgré tout, marqué encore par la confusion des rôles, les pratiques et initiatives des pouvoirs publics continuent de véhiculer un certain nombre de contradictions, à l'instar des mesures citées ci dessus, rendant bien difficile la préservation durable des équilibres financiers du système.

◆ **Une seconde grille de lecture** consiste à classer les dépenses non par caisse mais par fonction afin d'apprécier les objectifs des actions en faveur de certaines catégories ou contre la maladie.

Une telle ventilation des dépenses permet en outre d'expliquer les causes structurelles des dépenses (démographie, consommation médicale etc.). Si cette ventilation a pu être faite pour le budget de l'Etat, elle est encore à l'état d'ébauche pour la sécurité sociale.

Les commentaires issus de cette seconde lecture portent principalement sur la part relative du budget social par rapport au PIB et son évolution.<sup>10</sup>

◆ **La troisième grille de lecture** privilégie l'approche en termes de compétitivité dans le cadre d'une économie ouverte .

Au plan international, le système algérien se situe à un niveau égal à celui des pays à revenu intermédiaire. Dans l'Union Européenne les dépenses de sécurité sociale avoisinent une moyenne de 28% par rapport au PIB. En Europe Centrale et Orientale, les dépenses de sécurité sociale représentent entre 10 à 20% du PIB. En Turquie et en Tunisie ces dépenses représentent respectivement 6,9% et 7% du PIB<sup>11</sup>.

Le tableau ci-après donne un aperçu du taux des cotisations pour des pays partenaires commerciaux de l'Algérie

---

(10) Voir à ce sujet le tableau n° 4 (Part du budget social de la nation et de l'Etat dans le PIB et les dépenses budgétaires).

(11) Rapport sur le travail dans le monde 2000. Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation. BIT

Tableau n° 6 : Les taux de cotisation en % des salaires bruts

| Pays     | Quote-part | Quote-part | Total          |
|----------|------------|------------|----------------|
| Italie   | 45,16      | 10,69      | 55,85          |
| France   | 34,05      | 15,66      | 49,71          |
| Belgique | 24,6       | 13,07      | 37,67          |
| Portugal | 23,75      | 11         | 34,75          |
| Algérie  | 25         | 9          | 34,5 ( 0,5 OS) |
| Turquie  | 19,5       | 14         | 33,5           |
| Tunisie  | 17,50      | 6,25       | 23,75          |
| Maroc    | 16,36      | 3,48       | 19,84          |

Source : Sécurité sociale, banque de données, AISS.

### 3. Un préalable : y voir clair.

Compte tenu des données issues de ces trois types de lecture, il est possible de commenter l'évolution des dépenses et des recettes du système de sécurité sociale. Mais cette analyse factuelle a ses limites conduisant à s'interroger sur le sens du terme déficit dans un système où l'équilibre implique des compensations internes et des arbitrages externes. Ceci conduit aux premiers commentaires suivants.

#### 3.1. Faiblesses structurelles du financement du système.

Compte tenu des remarques relatives à l'inexistence d'une présentation normalisée des dépenses et des recettes, ventilées en termes d'agents d'opérations et de fonctions, l'on est réduit à une simple étude comptable. Celle-ci ne permet d'éclairer que partiellement la récurrence des déficits.

Comme signalé plus haut, les mécanismes de financement du système n'ont pas varié. Ils reposent essentiellement sur les cotisations sociales assises sur les revenus d'activité qui représentent un peu moins de 98% du total des recettes.

Les contributions publiques pour les catégories particulières revêtent une importance limitée soit près de 2,3%. (voir tableau n° 8). Ce mode de

financement à caractère professionnel rend la sécurité sociale particulièrement dépendante des transformations de son environnement économique et social. Dans le contexte actuel qui se caractérise par un blocage durable et structurel de la croissance économique, la prépondérance du mode de financement à caractère professionnel se traduit par un ralentissement de l'évolution des ressources du système.

**Tableau n° 7:Encaissement par secteur pour l'année 1999 (CNAS) :**  
En milliards DA

| Secteur                             | Assiette<br>moyenne<br>De cotisation | Taux de<br>cotisation | Cotisation globale     | Part         |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------|
| <b>Economique Public</b>            | 9 336                                | 34,50                 | 59. 890. 306. 528      | <b>38,8%</b> |
| <b>Economique privé</b>             | 4.000                                | 34,50                 | 9.782.068..503         | <b>6,3%</b>  |
| <b>Administration</b>               | 12.300                               | 34,50                 | 71.611.711.134         | <b>46,2%</b> |
| <b>Collectivités locales</b>        | -                                    | 34,50                 | 9.988.516.389          | <b>6,44%</b> |
| <b>Catégories<br/>particulières</b> | 6000                                 | Variable              | 3.596.077.198          | <b>2,32%</b> |
| <b>Total</b>                        |                                      |                       | <b>154.868.679.752</b> | <b>100%</b>  |

Source : CNAS (données du service recouvrement)

Les données du tableau , ci-dessus, appellent les commentaires suivants :

### **3.2. Le recul du secteur productif dans le financement de l'institution**

Jusqu'au début de la décennie quatre vingt dix le secteur économique public était le principal bailleur des fonds de l'institution. Les cotisations en provenance des entreprises publiques représentaient plus de 50% du total des recettes, suivies de l'administration.

Actuellement, cette dernière participe à hauteur de 46,28% du total des recettes, parallèlement à un recul du secteur productif qui participe à concurrence de 38,8 %.

La tendance relative vers la baisse du financement de la sécurité sociale par les entreprises publiques s'explique par plusieurs facteurs. Parmi ces causes, les principales tiennent à la régression de l'emploi salarié permanent dans ce secteur et la faible évolution du salaire moyen ; les déséquilibres financiers et comptables importants qui caractérisent la situation financière des entreprises et la dissolution d'un certain nombre d'entre elles. Il y a lieu d'ajouter l'importance de « l'évasion sociale ».

### **3.3. Un effort contributif inégal**

Si l'unification du système a permis d'imposer un taux unique de cotisation pour l'ensemble des salariés cotisants, des inégalités n'en demeurant pas moins et ce au niveau de l'assiette servant de base de calcul aux cotisations.

Les travailleurs salariés cotisent sur une assiette constituée par le salaire brut à l'exclusion de certaines primes et indemnités <sup>(12)</sup>. Le salaire moyen de cotisation est selon les estimations des services de la CNAS, respectivement de 9 300 DA et 12 000 DA dans le secteur économique et l'administration. La cotisation due par les travailleurs assimilés est plus faible, elle est calculée sur une assiette minorée, soit le SNMG. Il en est de même pour toutes les catégories prises en charge par l'Etat.

Les employeurs du secteur privé déclarent eux aussi des salaires qui ne dépassent pas le seuil minimum égal à 6 000 DA jusqu'en 2000.

---

(12). art 1er de l'ordonnance n°95 – 01 du 21 janvier 1995 fixant l'assiette des cotisations et des prestations de sécurité sociale.

Ces modalités et pratiques de financement font supporter l'essentiel de la solidarité aux travailleurs salariés dont le nombre a tendance à décroître.

### **3.4. Le cas des catégories particulières :**

Le problème des catégories d'inactifs nécessite une attention particulière ; il se pose en termes de distinction plus nette entre la solidarité professionnelle et la solidarité nationale. En effet, compte tenu des mutations profondes que subit l'environnement économique et social du système de sécurité sociale, il devient de plus en plus difficile de faire reposer l'essentiel du financement de l'institution sur les seuls revenus professionnels.

Dans ce cadre particulier, une correction de la répartition de la charge du financement de la sécurité sociale est nécessaire afin de garantir les équilibres financiers et comptables du système.

### **3.5. L'impact de la détérioration du marché du travail.**

Le marché du travail s'est régulièrement dégradé pendant toute la décennie quatre vingt dix avec une nette accélération à compter de l'année 1994, date à laquelle le dispositif de compression des effectifs pour raison économique a été mis en place. Les traits particuliers du marché du travail sont désormais marqués par :

- Une lente évolution de la population occupée.
- Une contraction de l'emploi permanent,
- Parallèlement à la diminution de l'emploi structuré, se développent rapidement des formes de travail atypiques. Il est ainsi observé une augmentation exponentielle du travail à domicile qui passe de 829 000 en 1994 à 1 078 000 en 1999, il représente pour cette dernière année 18,13 % de la population occupée. <sup>(13)</sup>

Le travail informel progresse aussi de manière soutenue. La population occupée à des emplois marginaux a été estimée par les services de l'ONS à 434.000 en 1997.

---

<sup>(13)</sup> CNES- Eléments statistiques sur l'emploi et les dispositifs de soutien, juin 2000, page1.

Enfin le travail temporaire prend également une ampleur remarquable : Les placements permanents réalisés par l'Agence Nationale de l'Emploi sont passés de 87 % en 1985 à 17 % en 1999.<sup>(14)</sup>

Cette nouvelle configuration du marché du travail entraîne des effets négatifs sur le financement de l'institution de sécurité sociale, notamment par un financement déséquilibré par sa base cotisante et des créances importantes.

### **3.6. Un financement structurellement déséquilibré par sa base cotisante**

◆ Le nombre des salariés cotisants à taux plein augmente faiblement. Il est enregistré une moyenne annuelle de 90 800 nouveaux cotisants sur la période allant de 1992 à 1997. Le pourcentage des assurés par rapport à la population occupée a baissé, passant de 64% en 1992 à 63% pour l'année 1997.

Pour la même période, le nombre des occupés non-assurés augmente plus vite, soit une moyenne annuelle de plus de 100 000 personnes. Ils représentent 32,7% de la population occupée en 1992, et 37 % en 1997.

Le nombre d'assurés non-actifs a aussi augmenté passant de 1,6 millions en 1990 à plus de 2,4 millions au cours des dernières années, compte tenu de la prise en charge de nouvelles catégories de démunis (bénéficiaires du filet social).

Ces données sont révélatrices d'un déséquilibre d'ordre structurel certain qui ira en s'accroissant du fait de la stagnation de la création de l'emploi, de la contraction de l'emploi dans le secteur formel, et de l'augmentation du travail informel.

---

<sup>(14)</sup> Idem

Tableau n° 8 : Evolution du nombre des assurés

| Rubriques               | 1992 (1)       | 1997 (2)      | 1999          |
|-------------------------|----------------|---------------|---------------|
| (a) Population occupée  | 4 905. 000     | 5. 708. 000   | 5.943.000     |
| (b) Occupés assurés     | 3. 145. 000    | 3. 599. 000   | 3.900.000     |
| (c) Occupés non assurés | 1. 612 000     | 2. 109. 000   | 2.043.000     |
| <b>Pourcentage b/a</b>  | <b>64,12%</b>  | <b>63,05%</b> | <b>65,62%</b> |
| <b>Pourcentage c/a</b>  | <b>32,86 %</b> | <b>36,9 %</b> | <b>34,38%</b> |

Source : (1) ONS données statistiques n° 248

(2) ONS, données statistiques n°263 : Activité, Emploi, chômage  
3<sup>ème</sup> trimestre 1997.

◆ Une évasion importante de cotisations : pour l'année 1999, plus de deux (02) millions de personnes occupées (y compris la population occupée marginale) ne sont pas affiliées au système de sécurité sociale.

Ce phénomène se traduit par une évasion importante de cotisations pour la sécurité sociale, qui dépense indirectement pour ces catégories, en finançant une partie des charges de soins publics occasionnés aussi bien par les assurés que par les non assurés, et parfois même des remboursements des frais engagés en soins médicaux tant il n'est pas rare de relever des cas de falsification des documents médicaux. Les seules limites à ce phénomène social sont dans les cas de survenance d'un risque socioprofessionnel. Une proportion non négligeable de travailleurs et leurs ayants droit sont exclus, de fait, du bénéfice de la couverture sociale accroissant leur marginalisation.

### 3.7. L'importance relative des sources de financement du système s'est modifiée

Une analyse plus détaillée de chacune des sources de financement de l'institution permet de situer avec plus de précision les défaillances et les manques à gagner en matière de financement de la sécurité sociale.

◆ L'entreprise publique économique : une source de financement qui s'épuise  
Dans le secteur économique public la tendance est vers une rétrécissement de la base cotisante sous l'effet des licenciements massifs opérés à la faveur des plans de redressement adoptés et mis en œuvre par les entreprises publiques. Près de 259 836 travailleurs ont été mis en assurance-chômage entre les années 1994 et 1999, 66 932 ont bénéficié de «départs volontaires», tandis que 28 313 ont été mis en retraite anticipée. <sup>(15)</sup>

Le nombre total d'entreprises publiques dissoutes au 30 juin 1998 s'élève à 815 dont 679 entreprises locales et 134 entreprises économiques. Les secteurs les plus affectés par les dissolutions sont l'industrie avec 54% des entreprises dissoutes et le BTPH avec 30%.

Cette situation affecte évidemment le financement régulier de la sécurité sociale. Elle se traduit par une perte de cotisations parallèlement à une augmentation des dépenses générées par la prise en charge de nouvelles cohortes de chômeurs et de retraités.

En outre des comportements nouveaux gagnent y compris les entreprises publiques où il n'est pas rare d'observer les phénomènes de sous-déclaration des revenus et même des travailleurs, notamment ceux à contrat à durée déterminée.

C'est ce qui fait dire aux services concernés de la CNAS que «... *La libéralisation intervenue en matière de détermination des salaires a créé des perturbations sérieuses dans le suivi des déclarations des salaires et des salariés, les entreprises ayant tendance à payer sur des bases que souvent elles ne déclarent pas*» <sup>(16)</sup>.

Cette situation peut d'ailleurs être parfaitement illustrée si l'on examine les données que présentent respectivement les services de la CNAS et ceux du Ministère du Travail. L'assiette moyenne de calcul, arrêtée par la CNAS sur la base des déclarations des entreprises publiques, est égale à 9.300 DA pour

---

<sup>(15)</sup> CNES- Eléments statistiques sur l'emploi et les dispositifs de soutien, juin 2000, pages 2, 3, 4.

<sup>(16)</sup> CNAS « Analyse de la situation du système des assurances sociales » Septembre 1999, page 13.

l'année 1999, tandis que les résultats de l'enquête sur les rémunérations, menée par les services centraux du Ministère du Travail, fait ressortir que le salaire brut moyen dans le secteur public atteindrait 19 000 DA en 1998.

Il s'agit là d'un écart non négligeable même quand on soustrait les primes et indemnités qui n'entrent pas dans l'assiette de cotisation. Si cette sommaire comparaison ne peut autoriser des conclusions définitives, elle n'en demeure pas moins révélatrice de situations qui appellent à des investigations et analyses plus approfondies.

Pour ces différentes raisons, la part de financement du secteur économique public au système de sécurité sociale a marqué une baisse régulière passant de 51,81% en 1994, à 38,8% pour l'année 1999. La tendance vers la baisse risque de s'aggraver encore plus compte tenu de l'objectif d'accélération du processus de privatisation des entreprises économiques publiques.

◆ La prédominance de l'administration

C'est au niveau de l'administration que le nombre de nouveaux cotisants augmente quoique assez faiblement, passant de 1,2 en 1994 à 1,36 en 1999<sup>17</sup> Avec un salaire moyen plus élevé servant de base de calcul à la cotisation soit 12 500 DA en 1999, l'administration est le principal bailleur de fonds de la sécurité sociale.

Il faut cependant noter que cette dernière ne s'acquitte pas régulièrement de ses charges vis-à-vis des organismes de sécurité sociale, notamment en ce qui concerne les cotisations dues pour les catégories particulières.

◆ Une participation réduite du secteur privé

L'augmentation de l'emploi dans le secteur privé ne s'est guère traduite par une évolution correspondante du nombre d'affiliés à la sécurité sociale. En effet, sur un potentiel de plus de 2 millions de travailleurs, le secteur privé déclare une moyenne de 370 000 par an.<sup>18</sup>

Les employeurs privés recourent très souvent à des pratiques de non-déclaration de leurs employés pour échapper au paiement des charges sociales.

<sup>(17)</sup> CNES : " Eléments statistiques sur l'emploi et les dispositifs de soutien " Juin 2000, page 1.

<sup>(18)</sup> Source CNAS.

Le secteur agricole, par exemple, ne déclare plus aucun travailleur aux services de la CNAS. Les transformations de la nature juridique des exploitations agricoles se sont traduites par une non-affiliation massive des travailleurs du secteur à la sécurité sociale. En 1996, 519.000 actifs du secteur ne sont pas affiliés sur un total de 664 000 personnes. Ils sont suivis par le secteur du commerce avec 250.000 actifs non cotisants sur un total de 618.000, et le secteur des services qui compte 343.000 actifs non cotisants sur un total de 636.000.<sup>19</sup>

Par ailleurs, les salaires déclarés par le secteur privé sont plus bas que dans la réalité. L'assiette de cotisation était jusqu'en 1997 égale à 4000 DA. Ce n'est qu'à compter de 1998 qu'elle est portée à 6000 DA, grâce à l'action conjointe menée par les services du recouvrement, et de l'inspection générale du travail pour circonscrire la fraude.

Celle-ci demeure cependant insuffisante ; les résultats d'une enquête menée par les services du Ministère du Travail signalent pour l'année 1998, un salaire brut moyen dans le secteur privé de plus de 8.357,07 DA, soit une différence de 3500 DA par rapport aux salaires déclarés.

Ainsi, la faible participation du secteur privé au financement de la sécurité sociale (6% environ) s'explique à la fois par le recours à la fraude et par la faible maîtrise des données concernant ce secteur par la sécurité sociale.

◆ La catégorie des non salariés

La situation est la même en ce qui concerne la catégorie des non-salariés. En effet, bien qu'identifiés pour la plupart par la caisse de sécurité sociale (CASNOS) qui a enregistré 968.000 affiliés pour l'an 2000 dont seuls 331.000 seraient à jour de leurs cotisations, les revenus déclarés sont en général en deçà de la réalité. C'est souvent le revenu minimum servant de base de calcul à la cotisation qui est déclaré.

#### **4. Le poids des créances et l'impact de la cotisation sociale sur le coût du travail**

---

<sup>(19)</sup> ONS, données statistiques n°248.

Les organismes de sécurité sociale sont confrontés depuis quelques années déjà au problème préoccupant du non-recouvrement des cotisations sociales, avec une aggravation du phénomène au cours de la décennie quatre vingt dix.

En effet, les créances cumulées détenues par la sécurité sociale sur l'ensemble des employeurs ont été estimées, en fin d'exercice 1999, à plus de 100 milliards de DA. On rappellera que le portefeuille de créances existant à la fin de l'année 1995 les situait déjà à 58 milliards de DA. Pour la seule année 1999, le montant des cotisations non recouvrées s'est élevé à près de 7 milliards de DA.<sup>20</sup>

On peut identifier plusieurs causes à l'origine de ce dysfonctionnement dont les plus importantes seraient, d'une part, les retombées de la crise économique sur les équilibres financiers et comptables des entreprises économiques et, d'autre part, le poids relatif de la cotisation sociale sur le coût du travail.

#### **4.1. Les créances du secteur public ( 62 milliards de DA )**

Un grand nombre d'entreprises publiques ont été dissoutes et d'autres, bien que maintenant leurs activités, éprouvent des difficultés financières et de trésorerie qui les amènent à ne pas s'acquitter de leurs charges sociales. Il arrive même que la quote-part salariée n'est parfois pas versée aux organismes de sécurité sociale, alors qu'elle a été prélevée régulièrement sur les salaires des travailleurs.

Les créances cumulées détenues par la sécurité sociale sur les entreprises économiques publiques se chiffrent à près de 40 milliards de DA pour le principal de la dette.<sup>21</sup>

Parmi ces créances, certaines sont considérées comme irrécouvrables par les services concernés de la CNAS.

Pour ce qui est des créances récentes, leur montant s'élève à 22 milliards de DA.<sup>(22)</sup>

---

<sup>(20)</sup> CNAS : Situation du recouvrement année 1999

<sup>(21)</sup> CNAS : Situation de la créance année 1999

<sup>(22)</sup> Analyse de la situation du système des assurances sociales septembre 1999 page 14-15

Des rapprochements ont été opérés entre la CNAS et les différents holdings afin d'apurer les comptes et de dégager des solutions au cas par cas, en tenant compte de la situation particulière de chaque entreprise. <sup>(23)</sup>

C'est ainsi que des entreprises du secteur public ont pu bénéficier d'une échéancier pour le paiement de leur créance. Cette mesure concerne plus de 56% de la dette soit près de 15 milliards de DA.

Concernant les créances détenues sur les entreprises encore en activité et qui connaissent des difficultés, le secteur public a pu disposer du report du paiement sur un échéancier assez long de plus de 56% de sa dette, soit un montant de près de 15 milliards de DA. <sup>(24)</sup>

#### **4.2. La part des créances du secteur privé. (21 milliards de DA)**

Les employeurs du secteur privé ont contracté près de 21 milliards de DA de créances cumulées. On remarquera que le non-paiement par ce secteur est encore plus alarmant dans la mesure où le nombre de travailleurs affiliés ne dépasse pas les 300 000 personnes.

Le secteur privé a déjà une tradition bien établie dans l'évasion fiscale et para fiscale que les différents services concernés par les prélèvements n'arrivent pas à circonscrire.

Cependant il ne vaut pas occulter le fait que les entreprises économiques privées subissent, elles aussi, les contrecoups de la crise économique et de l'ouverture du marché au commerce international ce qui se traduit par un ralentissement de leurs activités ou par des méventes et donc une perte .

#### **4.3. La part des créances du secteur privé. (21 milliards de DA)**

Malgré les instructions données par le Gouvernement aux institutions et administrations publiques pour le versement régulier et dans les délais impartis des cotisations sociales, les créances de l'administration continuent à augmenter. A titre d'exemple, pour l'année 1999 les créances nouvelles sont d'un montant égal à 4,20 milliards de DA. Les créances cumulées passent ainsi de 16,67 milliards de DA pour l'année 1998, à 20,67 Milliards de DA en

---

<sup>(23)</sup> Idem

<sup>(24)</sup> Idem

1999.<sup>(25)</sup> Ces sommes ne concernent que le principal de la dette car le secteur administratif n'est pas soumis aux majorations de retards et pénalités de paiement,

L'ampleur des créances détenues sur les opérateurs économiques et sur l'administration pose en fait le problème de la cotisation sociale et de son poids relatif sur les charges sociales des entreprises économiques, notamment.

### **5. L'évolution du niveau du taux de cotisation :**

Il est généralement admis, comme un fait incontestable, que les cotisations sociales ont un coût jugé excessif pour les entreprises et leur compétitivité, pour l'investissement et l'emploi. Qu'en est-il réellement ?

Dans le cas de l'entreprise publique algérienne, le taux de cotisation pratiqué a été relativement stable sur une longue période, de l'année 1970 à l'année 1985, date de sa révision globale. Ce taux est passé de 31,75% et 37,25% dont 24,25% à 29,75% au titre de la cotisation patronale.

On observera, par ailleurs, que le principe du plafonnement avait peu d'impact dans la mesure où les salaires dépassant le plafond (2000 DA) étaient réduits. En effet, entre la fin de l'année 1978 et la fin de l'année 1980, le salaire national moyen est passé de 1 283 à 1 633 DA par mois. <sup>(26)</sup>

L'impact des cotisations sociales sur les entreprises publiques n'a été, pendant cette période, ni un obstacle à l'investissement ni un obstacle à l'emploi.

Comme les entreprises publiques ont commencé à faire face à un environnement interne et extérieur qui présentait les premiers signes de la crise économique qui allait s'accroître rapidement, à compter de l'année 1985, la révision du taux de cotisation s'est imposée. Mais les mesures prises étaient incohérentes.

Ainsi, le taux de cotisation retenu est reconduit globalement. Il est même minoré dans le secteur économique soit 29% de la masse salariale, dont 24% à la charge de l'employeur et 5% représentant la quote-part salariale.

L'assiette de cotisation est par contre considérablement modifiée, c'est l'intégralité du salaire qui sert de base de calcul à la cotisation. Cette deuxième

---

<sup>(25)</sup> CNAS : Situation de la créance, Année 1999

<sup>(26)</sup> Source MTAS

mesure a abouti à un alourdissement considérable des charges sociales des entreprises et des administrations, d'autant qu'elle est intervenue à une période de revalorisation généralisée des salaires.

A l'heure actuelle, la quote-part de l'employeur a augmenté d'un point, soit 25% par rapport à la masse salariale, par contre la charge du salarié s'est accrue de 4 points (9 %). La portion restante de 0,5 % du taux est prélevée sur le fonds des œuvres sociales.

## **6. Déficit, arbitrage et financement**

Juridiquement le système n'est pas tenu d'être équilibré car il est fondé sur une créance détenue par le cotisant qui contracte ainsi un droit imprescriptible à la couverture d'un risque.

Ainsi qu'on a pu le constater dans ce qui précède, le fonctionnement de la sécurité sociale fait apparaître un besoin de financement dû au décalage entre la progression du nombre de cotisants et les dépenses.

La situation financière actuelle difficile de la sécurité sociale est en premier lieu la conséquence des mesures prises à partir des années 80, mesures qui se sont traduites par la remise en cause de l'autonomie financière et, notamment, l'assimilation au plan des règles budgétaires publiques des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

Les différentes lois de finances adoptées à partir de 1973 ont instauré les forfaits hôpitaux et ont donc, décidé du niveau de contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des hôpitaux publics. Ceci en dehors de toute concertation avec les propriétaires des fonds ou de leurs représentants.

De plus, la budgétisation de la sécurité sociale a ouvert la voie à la fixation de ses recettes et dépenses non plus en fonction de ses missions mais en tenant compte d'autres paramètres et contraintes émanant des autres secteurs.

L'intervention de la sécurité sociale dans la réparation de dommages et de pertes ou d'absences de revenus dus à des raisons ou conditions n'ayant aucun lien avec la relation de travail, a été rendue possible par la budgétisation des fonds de sécurité sociale.

L'avantage du système actuel est son principe de cotisation unique affectée selon les risques, évitant la compétition des groupes sociaux sur une base

corporatiste, et facilitant ainsi la compensation dans une organisation qui est structurellement soumise à un accroissement de ses dépenses.

L'on a vu que ces dépenses augmentent en raison de la structure des besoins qui restent, directement, liés à la pression démographiques et à l'amélioration des conditions de vie.

Cette progression des dépenses qui est donc liée à des causes démographiques et d'amélioration des conditions de vie, reflète, tout compte fait, l'accomplissement d'une mission fondamentale du système. Il reste à démontrer que cette situation est confrontée à une incapacité à ajuster ses recettes à ses dépenses.

Ainsi que rappelé plus haut, le système est directement lié au niveau de l'emploi et de l'activité économique et de ce fait n'est pas maître des charges liées aux fluctuations économiques entraînant une solidarité élargie au-delà de ses limites.

Les limites sont atteintes lorsque l'appel aux recettes des cotisants du système général est sollicité pour combler les déficits des autres catégories qui cotisent à un taux inférieur, alors que le nombre des cotisants au taux normal diminue.

Les limites sont vite atteintes lorsque l'un des régimes de prestations est soustrait à la gestion du système (allocations familiales et chômage) ou lorsque des fonds provenant de l'Etat ou des collectivités locales transitent par des institutions particulières.

Une telle situation fait que chacun des partenaires rejette sur l'autre l'accroissement de ses charges. La quasi généralisation de la sécurité sociale, son unification, n'a pas encore pu exercer le principe de compensation entre ses différentes prestations que le nouveau système aurait dû mettre en œuvre.

Il demeure que le système de répartition permet une solidarité nationale, et qu'il n'entraîne pas nécessairement un appel permanent à la contribution de l'Etat, laquelle, lorsqu'elle intervient, serait encore plus faible si le recouvrement de créances était plus élevé.

L'équilibre financier du système ne peut être appréhendé en dehors des principes fondateurs de la sécurité sociale seuls garants justement, d'une protection sociale et sanitaire à la mesure des exigences du niveau de développement économique et social.

Le fait de créer plusieurs caisses au sein du système de Sécurité Sociale a remis en cause le principe de compensation entre les différentes branches. Selon ce principe, la régulation du système s'effectue par le régime général et le budget de l'Etat.

C'est ce qu'exprime le budget social de la Nation et c'est là son utilité première qui est de retracer comment les recettes de chaque risque s'ajustent aux dépenses soit par compensation du niveau de répartition des cotisations, soit par contribution du budget de l'Etat.

Un tel outil permettrait, d'une part, de mettre en œuvre ou de poursuivre certaines mesures et à l'Etat de procéder, d'autre part, à certains arbitrages.

Il permettrait, en outre d'apprécier si les mesures mises en œuvre ces dernières années sont susceptibles d'améliorer la situation financière des caisses de sécurité sociale déficitaires, et particulièrement pour la CNR, de savoir si elles sont suffisantes ?

**Cet outil permettrait un vrai dialogue social fondé sur un bilan exhaustif cohérent et global des effets de ces mesures sur les différentes caisses.**

Aussi le bilan des mesures prises jusqu'ici tout en apportant quelques éclaircissements ponctuels appelle -t- il une analyse plus large des dépenses des différentes branches. Ces mesures ponctuelles par Caisse s'établissent comme suit :

#### **6.1. La CNAS**

Les principales mesures et actions mises en œuvre ces dernières années intéressent principalement les aspects suivants : Le recouvrement des créances, le patrimoine de la sécurité sociale, la contractualisation des relations entre la Santé et la CNAS, la rationalisation de la gestion

**Encadré 1 : Mesures prises concernant la CNAS****- Recouvrement des créances:**

Le montant global des créances de la CNAS au 01-05-1996 s'élève à : 60,8 Milliards de DA dont:

- 38,2 Milliards pour le secteur économique public et privé,
- 10,3 Milliards pour les IAP et collectivités locales,
- 11,8 Milliards de majorations et pénalités de retard.

Au 01-10- 1997, le montant des créances s'élève à 83 Milliards de DA.

Les services de la CNAS ont consenti de rééchelonner au 01 -10- 1997, 21,6 Milliards DA dont 14,7 Milliards pour le secteur économique public qui éprouve des difficultés à honorer ses créances en raison de l'insolvabilité des entreprises.

Les institutions de l'État ( IAP ) auraient pratiquement remboursé à fin 1999 l'ensemble de la dette.

**- Patrimoine de la sécurité sociale.**

L'ensemble des biens immobiliers transférés sont identifiés et évalués par la CNAS et les organismes de l'État concernés Toutefois les questions de l'indemnisation ou de la restitution des biens immeubles de la CNAS ne sont toujours pas réglées : si le problème de fond en matière d'indemnisation est réglé dans le cadre du groupe ad-hoc tripartite, les modalités de règlement sont toujours posées.

**- Contractualisation des relations entre la Santé et la CNAS**

Le C.I.M du 9 Septembre 1997 a traité ce dossier et fait des recommandations appropriées .

Une opération test sur 06 établissements sanitaires devait s'effectuer, il est aussi proposé de confier l'étude du dossier à un bureau d'experts spécialisés. Il y a lieu de relever que les délais d'achèvement de l'opération test se prolongent indéfiniment.

**- Rationalisation de la gestion de la CNAS**

La mise en œuvre des mesures consistant en l'application rigoureuse des dispositifs juridiques et réglementaires régissant la CNAS a permis de réduire le déficit.

La gestion de la caisse s'est également améliorée à travers les aspects suivants :

- l'accueil et la prise en charge rapide des dossiers,
- la modernisation de la gestion interne de la caisse,
- le renforcement des actions de contrôle ,
- la distribution des médicaments par les 60 officines de la CNAS.

**6.2. LA CNR**

La révision de certaines dispositions de la loi 83-12 du 02-07-1983 relative à la retraite a permis de mettre fin à plusieurs abus et d'adapter la législation en la matière aux nouvelles exigences économiques et sociales.

Les mesures suivantes ont été prises : le relèvement du taux de cotisation, la réduction de l'âge de départ à la retraite à 32 ans de cotisation, la prise en charge par le budget de l'Etat des compléments différentiels ( CD) de pensions.

**Encadré 2 : Mesures concernant la CNR**

- le relèvement du taux de cotisation qui était de 11% entre 1991 et 1996 a été porté à 12,5 % en fin de 1998 ( à raison d'une augmentation de la part salarié de 0,5 %) puis à 14% en 1999 (1% employeur, 0,5% employé). Ce taux est porté à 16 % en 2000 par le transfert de 2 points de la quote-part CNAC à celle de la CNR. L'incidence financière des relèvements de ce taux sur le volume des recettes n'est jamais établie avec précision pour apprécier la justesse de ces mesures.

- la réduction de l'âge de départ à la retraite à 32 ans de cotisation n'a pas produit d'effet majeur dans la mesure où son application est récente.

Il nous semble important de remettre en vigueur les dispositions de la loi de 1983 relative à la retraite : 32 ans de cotisation pour un revenu de remplacement de 80 % (2,5 % par an ) et obligation d'atteindre 60 ans pour prétendre à la retraite ; cette dernière condition doit être accompagnée d'une nouvelle disposition interdisant l'allongement de carrière. L'âge de départ à la retraite à 60 ans après 32 ans de cotisation nous semble équitable compte tenu de l'apport financier et de l'espérance de vie des travailleurs.

Outre le relèvement des taux de cotisation pour la branche retraite la principale mesure prise en faveur de cette dernière a été la prise en charge par le budget de l'Etat des compléments différentiels ( CD) de pensions.

- pour les petites pensions (différence entre le montant de la pension et le minimum légal),
- pour les pensions de moudjahidines ( différence entre le taux de 80% et le taux de 100% de pension, prévu par la loi),
- pour l'indemnité complémentaire pour les pensions et rentes

Selon les données fournies par le groupe de travail ad-hoc chargé du système de retraite (août 1998) et les données actualisées, la prise en charge par la CNR des dépenses de solidarité nationale se présente comme suit:

**Tableau n° 9 : Charges de solidarité imputées à la CNR**

**en Milliards de DA**

| Rubriques         | Antérieur   | 1999         | 2000         | 2001         | Total        |
|-------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| C.D. petites      | 49,8        | 10,45        | 8,6          | 48,65        | 145,9        |
| C.D. Moudjahidine | 8,00        | 8.41         | 11.99        |              |              |
| I.C.P.R.          | 7,70        | 2,6          | 2,8          | 2,2          | 15,3         |
| <b>Total</b>      | <b>65,5</b> | <b>21,46</b> | <b>23,39</b> | <b>50,85</b> | <b>161,2</b> |

Source : Rapport du groupe ad-hoc 30 août 1998 et données FNTR

Une partie de ces charges a fait l'objet de remboursement direct inscrit dans les lois de finances de 1998 à 2001. Une autre partie a été inscrite en remboursement par bons du trésor. Ainsi, la mise en œuvre de ces principales mesures n'a pas produit les effets escomptés dans la mesure où les comptes de la CNR restent déficitaires.

### 6.3. La CASNOS

Pour redresser la situation financière de la CASNOS qui accusait déjà un déficit de 1,85 Milliards de DA en 1995, il est procédé, d'une part, au relèvement du niveau du taux de cotisation qui est porté de 12% en vigueur depuis 1985 à 15% ( 7,5% pour la retraite et 7,5% au titre des assurances sociales) et d'autre part à la modification de l'assiette de cotisation dont le montant annuel est fixé à 8 fois celui du SNMG soit 384.000 DA au lieu de 100.000 DA ; par ailleurs le montant minimum de cotisation annuelle a été fixé, à cette date, à 10.800 DA pour une assiette de calcul de 72.000 DA.

#### Encadré 3 : Mesures prises pour la CASNOS

La mise en œuvre de cette mesure a permis de réduire le déficit qui passe de moins 2,47 milliards de dinars en 1996 à moins 0,21 milliards de dinars en 1999. Cependant et malgré l'augmentation du nombre d'affiliés cotisants estimé à 350. 000 en 1999 contre 250.000 en 1996, la caisse a enregistré une aggravation de son déficit en 2000, il passe à 2,76 milliards de dinars. Les efforts devront être fournis en vue d'améliorer le taux d'affiliation, qui reste loin des possibilités de la caisse.

Le régime de retraite des non-salariés devra également faire l'objet d'un examen attentif. Il fournit des prestations vieillesse à 122.198 bénéficiaires et les pensions versées interviennent pour 67% dans le budget de la caisse. Le rapport retraités / cotisants se situe à 01 pour 2,86 et ne permet pas à l'heure actuelle de financer le régime de retraite.

Les arbitrages que doit effectuer l'Etat portent sur le taux des cotisations, la répartition par risque, le plafond de la Sécurité sociale, la fiscalité directe sur les revenus, sur le montant des prestations en fonction de références de prix, de salaires etc., entre protection légale et protection complémentaire. De même qu'il doit évaluer les conséquences financières de ses arbitrages consistant à faire supporter à une caisse nationale une ou plusieurs catégories en difficulté (charges indues).

Pour ce faire, la solidarité ne doit pas être à sens unique et l'on doit organiser une transition avec le budget de l'Etat.

Le système existant permet la mise en œuvre des principes et des règles nécessaires à la compensation. En effet, il est fondé sur une protection commune, un effort contributif qui devrait être identique pour toutes les catégories professionnelles. Les règles techniques permettent la compensation entre salariés et entre salariés et non-salariés ; la compensation devrait permettre de corriger en grande partie les déséquilibres démographiques et les écarts contributifs.

L'analyse des dépenses d'assurances sociales et du régime de retraite dans le deuxième chapitre de la section II du présent rapport donne les bases possibles des arbitrages souhaitables pour ce qui concerne la Sécurité Sociale. Les questions relatives à l'action sociale de l'Etat sont abordées sous l'angle de leur impact financier sur la sécurité sociale.

En effet, les dispositifs « dits d'attente » nécessitent une étude approfondie de leur contenu, de leur impact et les bilans de ces dispositifs sont encore partiels et donnent lieu à d'autres débats que celui des équilibres financiers. Leur gestion hors système de sécurité sociale justifie ce choix méthodologique. Toutefois, le rapport de conjoncture semestriel du CNES fournit des appréciations sur ces dispositifs.

Enfin une étude sur l'évolution des dispositifs d'emploi est en voie de finalisation au CNES.

## **Chapitre II : L'analyse des dépenses de la branche des assurances sociales.**

Le régime des assurances sociales offre diverses prestations à une fraction importante de la population.

Il participe à la protection de la santé des individus à travers d'une part le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, et d'autre part, une intervention directe dans le financement d'une partie de la dépense nationale de santé.

Il octroie aussi des prestations en espèces en cas d'interruption momentanée de l'activité professionnelle (congé maladie, maternité), ainsi que des pensions d'invalidité de longue durée, et un capital décès pour les ayants droits d'un assuré décédé.

Compte tenu de l'extension du bénéfice de l'assurance maladie, de la diversification et de la hausse rapide et simultanée de toutes les dépenses d'assurances sociales, cette branche occupe une place importante dans la structure des dépenses totales de sécurité sociale, soit près de 40%.

### **1. De la relation problématique de la sécurité sociale avec le système de santé publique.**

#### **1.1. La structure de dépenses.**

Telle que présentée dans le tableau n°10, elle fait ressortir comme premier point saillant l'ambiguïté persistante en matière de financement des services des soins publics.

En effet, la part du forfait hôpitaux et autres charges de santé publique est très grande dans les dépenses totales d'assurances sociales soit 42,5%. Ceci pose en termes nouveaux la nature même du système de santé en place.

Un service de santé général et gratuit est financé généralement sur le budget de l'Etat, alors que le risque « assurance maladie obligatoire » est financé essentiellement par les cotisations de sécurité sociale, la protection des personnes non-assurées et démunies dépendant quant à elle, de l'assistance de l'Etat.

A la lumière de ces modèles, pratiqués dans la plupart des pays, la particularité du système national de santé apparaît plus clairement. En effet, le service de santé publique est fondé sur des principes d'universalité et de gratuité, mais

financé essentiellement sur les fonds de la sécurité sociale ou, en d'autres termes, par les cotisations sociales, sans que cette dernière ait droit d'exercer un contrôle quelconque sur l'utilisation des sommes affectées au système de santé. Ainsi présentés, les mécanismes d'assurance sociale sont utilisés par l'Etat pour augmenter les ressources consacrées au système de soins publics, la sécurité sociale est réduite alors à jouer le rôle de simple support au budget de l'Etat. Si le mode de financement des soins publics relevait d'une logique cohérente au regard des choix fondamentaux arrêtés en matière de politique nationale de santé qui accordait une place prépondérante au secteur public et réduisait à l'extrême l'intervention du secteur privé, les données ont radicalement changé aujourd'hui. En effet, l'offre de soins privée a augmenté considérablement, mettant la sécurité sociale face à une double exigence : celle du remboursement des dépenses de soins dispensées par les praticiens privés d'une part, et celle du financement d'une partie du budget des structures de santé publique, d'autre part.

**Tableau n°10 : Evolution des dépenses publiques de santé****Milliards de dinars**

| Rubriques                       | 1988         | 1989        | 1990         | 1991         | 1992         | 1993         | 1994         | 1995         | 1996         | 1997         | 1998         |
|---------------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| De l'Etat                       | 0,065        | 3,3         | 4,6          | 10,4         | 15,3         | 16,2         | 19,36        | 22,87        | 26,4         | 28,87        | 29,67        |
| De la sécurité sociale          | 11,7         | 12          | 11,44        | 16,15        | 18,87        | 22,02        | 24,88        | 33,22        | 39,81        | 43,37        | 45,68        |
| <b>Total dépenses publiques</b> | <b>11,76</b> | <b>15,3</b> | <b>16,04</b> | <b>26,55</b> | <b>34,17</b> | <b>38,22</b> | <b>44,24</b> | <b>56,09</b> | <b>66,21</b> | <b>72,24</b> | <b>75,35</b> |
| Part de l'Etat %                | 0,55         | 28,7        | 28,7         | 39,2         | 44,77        | 42,38        | 43,76        | 40,77        | 39,87        | 39,96        | 39,37        |
| Part de la sécurité sociale %   | 99,48        | 78,43       | 71,32        | 60,82        | 55,22        | 57,61        | 56,23        | 59,22        | 60,12        | 60,03        | 60,62        |

Source : 1988 – 1990, Ministère de la santé et de la population. « Financement du système de santé », mai 1993.

1991 - 1998, Banque Mondiale «description du secteur de la santé » juin 2000.

Pour l'exercice 1998, les dépenses de santé s'élèvent à 104,663 milliards de DA, financées par :

- Le système de sécurité sociale à raison de 44%, soit un montant de 45,682 milliards de DA. Cette somme englobe toutes les dépenses de santé effectuées par la sécurité sociale, à savoir le forfait hôpitaux, les remboursements pour frais médicaux et pharmaceutiques, les conventions avec les structures spécialisées et les Transferts pour Soins à l'Etranger (TSE).
- Les dépenses budgétaires de l'Etat représentant 28% (29,675 milliards de DA), dont 27,660 milliards de DA au titre des dépenses de fonctionnement des structures sanitaires et 2,015 milliards de DA pour les investissements.
- La participation des ménages (29,306 milliards de DA) représentant <sup>(27)</sup> les 28% restants .

Il faut cependant souligner que la part des ménages est largement sous estimée dans les statistiques officielles. Elle concerne essentiellement les dépenses de médicaments et de consultations, calculées par rapport à un tarif réduit, et ne prennent pas en compte d'autres éléments de la dépense des ménages (frais d'alimentation dans les hôpitaux, literie...).

---

<sup>(27)</sup> Source : Banque Mondiale, " Algérie - Description du secteur de la santé" 2000.

Tableau n°11: Structure des dépenses assurances sociales, 1998

Milliards de DA

|                                                 | Dépenses     | Pourcentage   |
|-------------------------------------------------|--------------|---------------|
| <b>Dépenses de santé publique :</b>             |              |               |
| Forfait Hôpitaux                                | 19,65        | 33,80%        |
| Conventions avec les établissements spécialisés | 1,90         | 3,20%         |
| Dont : Hôpital Central de L'armée               | 1            |               |
| Conventions internationales                     | 1,70         | 2,90%         |
| Transferts pour soins à l'étranger (TSE)        | 1,46         | 2,50%         |
| <b>Sous-total</b>                               | <b>24,71</b> | <b>42,50%</b> |
| <b>Prestations en nature</b>                    |              |               |
| Produits pharmaceutiques                        | 16,44        | 28,27%        |
| Actes médicaux et autres PN                     | 2,41         | 4,2%          |
| <b>Prestations en espèces</b>                   |              |               |
| Indemnité journalières                          | 2,63         | 4,6%          |
| Assurances maternité                            | 1,03         | 1,77%         |
| Assurance invalidité                            | 1,79         | 3,06%         |
| Assurance décès                                 | 1,74         | 3%            |
| <b>Sous-total</b>                               | <b>26,03</b> | <b>44,77</b>  |
| Dépenses de fonctionnement                      | 6,67         | 11,47%        |
| Investissements                                 | 0,73         | 1,2%          |
| <b>Sous-total</b>                               | <b>7,40</b>  | <b>12,72</b>  |
| <b>TOTAL</b>                                    | <b>58,14</b> | <b>100%</b>   |

Source : services CNAS

### 1.2 - Le financement des établissements sanitaires

Depuis son institution en 1973, la contribution forfaitaire de la sécurité sociale au budget de fonctionnement des secteurs sanitaires a augmenté de façon exponentielle ; elle est passée de 120 millions DA en 1973 à 20 540 millions DA en 2000 soit une progression de l'ordre de 17 117,10%

Depuis 1973, date d'instauration du « forfait hôpitaux », la branche maladie de la sécurité sociale enregistre un déficit chronique.

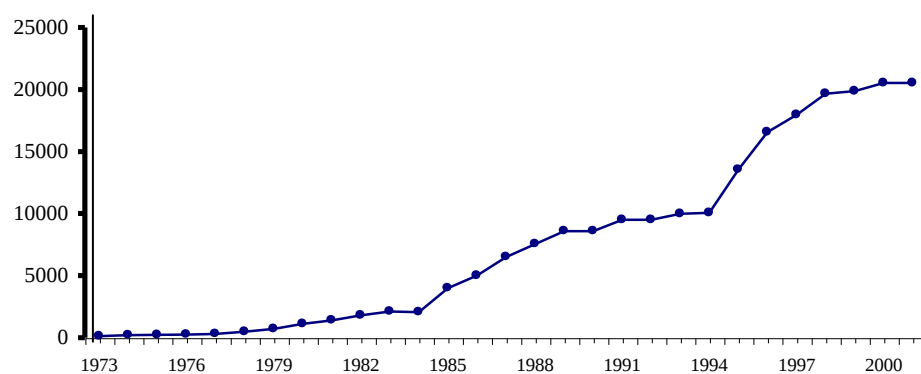
A ce forfait, il faut ajouter d'une part, les remboursements par la Sécurité Sociale des médicaments qui sont prescrits aux assurés sociaux dans le secteur privé de santé et d'autre part, les frais de fonctionnement des unités sanitaires de la sécurité sociale.

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

**Tableau n° 12 – Contribution de la Sécurité Sociale au secteur de la santé : le « Forfait hôpitaux ».**

| Années | Montants en 10 <sup>6</sup> DA | Evolution indiciaire |
|--------|--------------------------------|----------------------|
|        |                                | Base 100 =1973       |
| 1973   | 120                            | 100                  |
| 1974   | 199                            | 166                  |
| 1975   | 225                            | 188                  |
| 1976   | 245                            | 204                  |
| 1977   | 300                            | 250                  |
| 1978   | 475                            | 396                  |
| 1979   | 714,5                          | 595                  |
| 1980   | 1126                           | 938                  |
| 1981   | 1410                           | 1175                 |
| 1982   | 1800                           | 1500                 |
| 1983   | 2102                           | 1752                 |
| 1984   | 2055,8                         | 1713                 |
| 1985   | 4000                           | 3333                 |
| 1986   | 5000                           | 4167                 |

|                                                                                                                               |         |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
| 1987                                                                                                                          | 6500    | 5417  |
| 1988                                                                                                                          | 7545    | 6288  |
| 1989                                                                                                                          | 8600    | 7167  |
| 1990                                                                                                                          | 8600    | 7167  |
| 1991                                                                                                                          | 9500    | 7917  |
| 1992                                                                                                                          | 9500    | 7917  |
| 1993                                                                                                                          | 9983    | 8319  |
| 1994                                                                                                                          | 10050   | 8375  |
| 1995                                                                                                                          | 13551   | 11293 |
| 1996                                                                                                                          | 16576   | 13813 |
| 1997                                                                                                                          | 17972   | 14977 |
| 1998                                                                                                                          | 19652   | 16377 |
| 1999                                                                                                                          | 19872   | 16560 |
| 2000                                                                                                                          | 20540,5 | 17117 |
| Evolution période 1973-2000 : 17 117,10 %<br>Evolution période 1973-1984 : 1713,17%<br>Evolution période 1984-1992 : 462,10 % |         |       |



Mais, la seule analyse de l'augmentation du forfait renseigne mal sur le niveau réel de la contribution qui devrait être à la charge de la sécurité sociale.

Bien au contraire, si on estime la population protégée à plus de 80% de la population totale, il peut paraître normal que la part de la sécurité sociale dans le financement des structures de santé soit aussi élevée.

Encore faut-il que cette contribution soit consacrée à une réelle prise en charge des soins de santé de qualité prodigués aux assurés et leurs ayants droit ou aux malades de manière générale. Ceci ne paraît pas évident, si l'on tient compte des réalités vécues par les usagers et les praticiens et de leurs griefs à l'endroit des services de santé publique quant à la qualité des soins dispensés (insuffisance de médicaments, d'équipement médical, alimentation de qualité médiocre etc...).

A cet égard, on rappellera que 71,5% <sup>(28)</sup> du budget de fonctionnement alloué aux secteurs sanitaires sont consacrés aux rémunérations du personnel et à sa formation, et seuls les 28,5% <sup>(29)</sup> restant sont consacrés aux autres dépenses : médicament, alimentation etc....

#### Encadré 4 : Les procédures de détermination du forfait

La loi n° 83 – 11 du 2 juillet 1983 précise, en matière de "détermination du forfait hôpitaux" qu'un décret pris sur le rapport conjoint des ministre chargés respectivement de la sécurité sociale, de la santé et des finances, fixe, annuellement et en liaison avec la loi de finances, le montant de la participation des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés.

Le montant visé à l'alinéa précédent est déterminé en fonction de l'évolution du coût de santé et du nombre des assurés sociaux (art 65).

Dans la réalité, le budget de la santé continue à obéir à des critères qui répondent à une logique privilégiant l'allocation de crédits sur une base administrative. Le budget est fixé en fonction des crédits alloués à l'exercice

<sup>(28)</sup> Source : Ministère de la Santé

<sup>(29)</sup> Idem

précédent et des crédits nécessaires pour couvrir les prévisions de nouvelles dépenses.

Comme on peut le constater cette procédure de détermination ne procède pas d'une démarche où prime le souci d'efficacité et de rationalisation des ressources accordées aux structures de santé publique. En effet, le montant forfaitaire n'est pas fixé sur la base d'une évaluation rigoureuse de l'utilisation des ressources consommées.

Des tentatives de rationaliser l'administration des ressources par les structures publiques de santé et d'asseoir les relations sécurité sociale secteur de santé sur des bases de partenariat ont été entreprises dès l'année 1993 (cf. loi de finances pour l'année 1993).

Cette même option sera confirmée en 1996 à la faveur de l'ordonnance n° 96-17 qui stipule, en son article 29, que «les frais des soins et de séjours dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base des conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de santé publique concernés».

Cette disposition restera malheureusement sans suite et le forfait continue toujours à être déterminé au gré de l'évolution des considérations d'ordre administratif. Dans ce cadre, le débat sur le montant relatif du forfait à la charge de la sécurité sociale est biaisé, dans la mesure où il reste objectivement difficile d'apprécier le contenu réel de cette participation et ses correspondances en matière de soins de santé.

Compte tenu de ce qui précède, **la problématique réelle se situe dans la nature même du forfait : subvention ou assurance maladie ?** Les modalités actuelles de détermination du forfait ne concourent malheureusement pas à en clarifier la nature véritable.

### **1.3 - La persistance des transferts pour soins à l'étranger (TSE)**

La dépense pour soins à l'étranger (TSE) a été considérablement réduite, passant de plus de 10 milliards de DA en 1994 avec 4.639 envois, à 1,8 milliard de DA en 2000 pour 1.541 malades transférés.

La décision pour une réduction des transferts pour soins à l'étranger, a été adoptée par le Gouvernement dès septembre 1985. Cette exigence s'est imposée compte tenu des dérives constatées dans ce domaine.

Des opérations de substitution aux TSE sont engagées à compter de l'année 1973, comme le conventionnement avec les structures spécialisées, les opérations d'aménagement et d'équipement de certains établissements spécialisés et la diversification des partenaires étrangers.

Toutes ces opérations ne sont pas parvenues à la suppression totale des TSE en raison d'une part, des insuffisances chroniques qui caractérisent la prise en charge des soins spécialisés en particulier, et d'autre part des pressions exercées par les groupes sociaux traditionnellement bénéficiaires de cette prestation et même par les autres catégories de la population qui ne sont guère rassurées sur la qualité de service des établissements publics de soins.

C'est sans doute pour ces raisons, qu'une reprise des TSE est constatée pour l'année 2000.

### Encadré 5 : Les opérations de substitution aux transferts pour soins à l'étranger

Des conventions sont signées depuis 1973 entre les organismes de sécurité sociale (CNAS), et les établissements publics de santé qui disposent de services spécialisés dans le domaine de pathologies pourvoyeuses de transferts pour soins à l'étranger. Dans ce cadre, la sécurité sociale a passé des conventions avec 37 structures sanitaires spécialisées. A la fin de l'année 1992, le montant global de ces mesures se chiffre à plus de 396 millions de DA. <sup>(30)</sup>

Ces services n'étant pas équipés pour une prise en charge des soins spécialisés, la sécurité sociale est également engagée dans des opérations d'aménagement et d'équipement de certains établissements comme le Centre Pierre et Marie Curie (cancérologie), les hôpitaux d'Oran, de Meftah et de Frantz Fanon de Blida. Ces travaux ont été financés par la sécurité sociale à hauteur de 187 millions de DA. <sup>(31)</sup>

Une centrale d'achat chargée de l'importation d'équipements et produits consommables additionnels toujours pour le compte des structures spécialisées, est mise en place par la CNAS avec une dotation initiale d'un montant de 60 millions de FF (261 millions de DA). <sup>(32)</sup> Pour le choix et l'évaluation des équipements à importer, des conventions sont signées entre la CNAS et 34 équipes formées de médecins spécialistes dans dix (10) pathologies pourvoyeuses de soins à l'étranger.

Cette structure d'achat est supprimée à compter de l'année 1996, à la suite des résultats peu probants de cette opération. En effet, malgré la consommation des sommes d'argent allouées, les problèmes sensibles de modernisation et de disponibilité des équipements et des produits consommables pour les soins spécialisés ne sont pas pour autant résolus.

<sup>(30)</sup> Document sur les transferts pour soins à l'étranger, février 1993. Ministère du travail et des affaires sociales

<sup>(31)</sup> Idem

<sup>(32)</sup> Idem

La mise en application confuse de ces diverses actions très coûteuses pour le système de sécurité sociale n'ont pour ainsi dire pas eu d'impact sur les TSE. En effet, ces dernières après une baisse relative en 1989 et 1990 suite aux injonctions des pouvoirs publics, vont reprendre à partir de 1991 avec un coût très élevé compte tenu de nouvelles données économiques comme la dévaluation du dinars en 1994, et la restriction des ressources en devises.

A compter de l'année 1996, les opérations de conventionnement sont réglementées dans le cadre de l'arrêté du 27 septembre 1995 qui définit une **convention-type** applicable à toutes les conventions entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé. Le but de ces conventions étant de mettre un terme définitif aux Transferts pour Soins à l'Etranger (TSE).

#### Encadré 6 : Convention Type de la CNAS

La convention - type fixe les rapports qui doivent régir les relations entre la CNAS et les organismes de santé conventionnés. Le financement des actes médicaux par la CNAS est subordonné à la mise à sa disposition de toutes les informations relatives au mode d'organisation, de gestion et de fonctionnement des services conventionnés.

Une période transitoire est prévue pendant laquelle des avances sont consenties par la CNAS pour l'acquisition de consommables, instrumentation, équipements, médicaments et réactifs. (art 13 de l'arrêté du 27 septembre 1995).

Dans ce cadre une première enveloppe de l'ordre de 3 milliards de DA est accordée en 1996. Cette somme est fixée par les services concernés de la santé. La dernière tranche de cette enveloppe, soit 0,9 milliards de DA est consommée en 1998.

Comme le transitoire semble devenir une règle de gestion, une deuxième avance de 2 milliards de DA est allouée en début de l'année 2 000, qui se répartit comme suit : 0,5 milliards de DA pour la pharmacie centrale, et 1,5 milliards de DA à partager entre 67 structures en soins spécialisés, ce qui est considéré comme largement insuffisant.<sup>(33)</sup>

<sup>(33)</sup> Source CNAS

Un certain nombre de confusions persistent quant aux objectifs et au champ d'application de ces mesures :

- En premier lieu, les fonds alloués ne sont pas consacrés à la prise en charge exclusive des pathologies lourdes. Ainsi, l'objectif prioritaire qui est celui de surseoir aux TSE semble encore une fois compromis.
- En deuxième lieu, les soins entrant dans ce cadre ne sont pas dispensés aux seuls assurés et leur ayants droits. La confusion sur la population devant bénéficier de la couverture de la sécurité sociale persiste toujours.

A cet égard, ces opérations financières apparaissent plus comme des ressources supplémentaires qui viennent s'additionner au forfait, sans remise en cause réelle des procédures de fonctionnement et de gestion administrative des structures sanitaires, et encore moins de l'amélioration des prestations de service du système de santé publique.

La preuve en est d'ailleurs donnée par le recours fréquent des malades aux services des praticiens du secteur privé, comme l'atteste l'augmentation de la dépense relative au chapitre de remboursement des actes médicaux.

#### **1.4 - L'accroissement considérable des prestations traditionnelles du système :**

##### **1.4.1. Le remboursement du médicament**

◆ **Les médicaments .** Parmi les dépenses qui pèsent lourdement sur la branche assurances sociales, il faut souligner les remboursements des produits pharmaceutiques. En effet pour la seule année 1998, cette prestation représente 28,27% du total des dépenses assurances sociales avec un montant global de 16,440 milliards de DA.

On peut observer que le remboursement de la sécurité sociale au titre des produits pharmaceutiques évolue plus rapidement que les recettes de la branche assurances sociales, et pour certaines années, il évolue plus vite que les recettes de tout le système, sauf pour les années 1998 et 1999 où on constate une relative stabilisation de la dépense, stabilisation provisoire puisque l'année 2000 enregistre un nouveau bond, les remboursements passant à 19,70 milliards de DA soit une augmentation de 24,68% par rapport à l'année précédente.

**◆ Les insuffisances de la gestion du marché du médicament.**

L'explosion de la dépense de remboursement des frais pharmaceutiques, tire son origine essentiellement d'une dépendance presque totale vis à vis de l'étranger en matière de médicaments, matériels médico-chirurgicaux et même des matières premières nécessaires pour la production nationale.

Cette caractéristique du marché du médicament, conjuguée à la suppression du soutien aux prix en 1994, rend les prix à la consommation entièrement dépendant des prix à l'importation. Dès lors, les dévaluations du Dinar vont avoir un impact inflationniste sur les prix du médicament.

Dans le but de rationaliser la dépense de remboursement, le comité technique de remboursement a établi une liste de 109 médicaments non remboursables au regard de leur modeste apport thérapeutique. Cette initiative a soulevé de fortes oppositions de la part des producteurs et des distributeurs nationaux.

Quelques initiatives sont prises par l'organisme de remboursement (CNAS) pour diminuer le niveau des remboursements comme le renforcement du contrôle médical, la lutte contre la fraude en matière de vignettes.

Ces mesures se traduisent malheureusement en contraintes pour les assurés qui sont obligés de présenter les notices des médicaments en plus des ordonnances et feuilles de maladies pour se faire rembourser.

Il est évident que ces actions ne sont que des palliatifs contraignants pour les assurés qui ont déjà du mal à se faire rembourser correctement. Des mesures correctives plus radicales doivent être introduites pour résorber le déficit enregistré dans ce domaine.

**Encadré 7 : Le marché du médicament et son impact sur les prix**

Ce phénomène est aggravé par d'autres facteurs dont l'impact sur le prix du médicament n'est pas négligeable, à l'exemple de :

- La multiplicité des intervenants avec l'ouverture aux concessionnaires privés du marché du médicament : plus de 80% du chiffre d'affaire national à l'importation du médicament est détenu par quinze opérateurs privés. <sup>(34)</sup>

Cette situation est rendue alarmante notamment par un désengagement de la puissance publique de son rôle de régulation du marché et de la réglementation des prix d'un produit aussi sensible que le médicament.

- Une pratique de marge bénéficiaire inflationniste entre 1992 et 1996 car elle présente le double inconvénient d'être élevée et proportionnelle au prix du médicament. De ce fait plus le médicament vendu est cher plus sa marge est élevée.

*Sur chaque médicament vendu la marge grossiste est de 20% et celle des officines de 30% du prix du médicament. Heureusement cette situation est modifiée par le décret exécutif 98/44 du 1<sup>er</sup> février 1998 qui institue des marges dégressives par rapport au prix du médicament.*

L'absence d'une politique de remboursement privilégiant une saine régulation de la consommation pharmaceutique. En effet tous les médicaments sont remboursés par la CNAS au taux de 80% de leur prix d'achat. Ce taux est porté à 100% pour les malades chroniques et les plus démunis.

- La multiplication des prescripteurs, et l'absence de mécanismes de contrôle des prescriptions, ainsi que sur les vignettes.

**1.4.2. Le remboursement des soins privés et autres prestations en nature**

On rappellera que les tarifs officiels des actes médicaux et para-médicaux devant servir de base pour le remboursement des assurés sociaux datent de 1987. Les tarifs des consultations chez le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le chirurgien dentiste sont fixés respectivement à 50 DA, 100 DA, et 40 DA ; les tarifs des actes médicaux sont encore plus dérisoires, ils

<sup>(34)</sup> Djamila Kourta, article « quelle thérapie pour le médicament » le journal El watan mardi du 27 juin 2000

varient entre 9,50 DA et 11 DA.<sup>(35)</sup> La sécurité sociale rembourse 80% de ces frais d'honoraires.

En 1993, soit aux premières années de l'application des mesures de libéralisation de la médecine, cette dépense (remboursement des soins et actes médicaux privés) est évaluée à 1,918 milliards de DA. Elle représentait une dépense de l'ordre de 688 millions de DA en 1988 soit un accroissement de 178,7 % sur cette période. <sup>(36)</sup>

Les données du tableau n° 11 indiquent une dépense de 2,4 milliards DA pour l'année 1998, ce qui correspond à une évolution plus modérée de ce poste de dépenses. Ce faible accroissement ne s'explique que par le gel des tarifs de remboursement, lorsqu'on sait que les malades sont contraints de recourir le plus souvent aux services des praticiens privés très nombreux, qui proposent une gamme de soins variée et de plus en plus coûteuse.

A l'heure actuelle, le prix de la consultation chez le médecin généraliste oscille entre 250 DA à 300 DA, et pour le médecin spécialiste le minimum est de 500 DA. Les tarifs des autres actes médicaux (soins dentaires, appareillages, prothèses, cliniques privées etc...) sont aussi loin des tarifs de remboursement. Il y a de ce fait une sorte d'accord tacite entre les différents partenaires de reporter sur les ménages l'essentiel des coûts de la médecine privée.

En effet, la sécurité sociale étant déjà fortement impliquée dans la dépense directe des soins publics a développé des systèmes de conventionnement avec des établissements de soins et des pharmacies et enfin, a instauré le tiers payant avec les organismes conventionnés.

Ces mesures ont permis d'éviter une médecine à « double vitesse » en fonction du niveau de revenu, sauvegardant ainsi sa fonction de correction des inégalités. Néanmoins, les praticiens privés non conventionnés échappent à toute forme de contrôle des prix et des actes pratiqués.

---

<sup>(35)</sup> Arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

<sup>(36)</sup> Ministère de la santé et de la population « Financement du système de santé » mai 1993

## **2. Les prestations en espèces : structure de l'offre et de la demande**

L'ensemble des prestations en espèces représente 12,35% des dépenses totales des assurances sociales, soit la même part que les frais de fonctionnement. Elles ont pourtant plus que doublé en l'espace de huit (08) ans. En 1990 les dépenses pour les indemnités journalières, les pensions d'invalidité et le capital décès sont respectivement de l'ordre de 1,6 milliards DA ; 0,407 milliards DA et 0,256 milliards de DA.<sup>(37)</sup> Ces mêmes dépenses sont multipliées par 1,5 ; 4 ; et 7 pour l'année 1998. A ce niveau, il s'avère utile de mettre l'accent sur une série de dérives à l'origine des surcoûts supportés par la sécurité sociale et concernant : les indemnités journalières pour maladie, l'invalidité, le Capital décès.

### **2.1. Les indemnités journalières pour maladie.**

On rappellera que l'assuré est pris en charge par les organismes de sécurité sociale dès le premier jour de l'interruption de travail. Il est remboursé à raison de 50% du salaire journalier perçu par l'assuré pendant les 15 premiers jours de maladie, et 100% jusqu'à six mois ou trois ans en cas de maladie de longue durée.

La durée de travail exigée pour l'ouverture des droits est de quinze jours (15) au cours du trimestre précédent la maladie pour les congés de courte durée, et deux (02) mois au cours de l'année au-delà du sixième mois de maladie.

La comparaison avec les législations d'autres pays fait ressortir les points suivants :

---

<sup>(37)</sup> Ministère du travail et des Affaires sociales « La situation financière du système national de sécurité sociale » août 1991, page 25.

### Encadré 8

- Dans la plupart des pays, il est exigé une période d'affiliation d'une moyenne de six mois (quatre mois pour la Turquie), et une durée de travail qui varie de 200 heures en France pour le congé de courte durée à 120 jours en Belgique. Ces conditions préservent en principe le caractère contributif de la prestation. Elles ont été substantiellement allégées par la législation nationale, augmentant de ce fait les coûts de la sécurité sociale.

- Dans plusieurs pays un délai de carence est imposé allant de trois à cinq jours. Ce délai est une mesure de prévention contre les abus. D'autres pays à l'instar de l'Allemagne ou de la Belgique, imposent à l'employeur le versement des rémunérations pendant les premières semaines d'interruption de travail, ceci à l'effet de responsabiliser les entreprises dans le contrôle des périodes d'absence pour maladie.

#### 2.2. L'ouverture des droits à l'invalidité et la cotisation

La législation algérienne fixe uniquement une durée de travail minimale de deux mois au cours de l'année qui précède le constat d'invalidité. Cette disposition tend vers un relâchement du lien entre le droit à la prestation et les cotisations dues.

- Le taux d'indemnisation est calculé selon le principe de la capacité contributive de l'assuré. Il est de 50% du salaire moyen des dix meilleures années en France et de 70% du salaire moyen indexé en Turquie.

- Le taux minimum fixé en Algérie est de 60% du salaire de poste annuel moyen, et de 80% pour la pension complète. Contrairement à la législation nationale qui consacre des dispositions générales pour le bénéfice d'une pension d'invalidité

considérablement allégées, on pourra relever les orientations inverses retenues dans la majorité des pays qui placent ce même bénéfice sous des conditions extrêmement sévères.

### Encadré 9

- Le droit à la pension d'invalidité est généralement accordé pour un taux de réduction égal au minimum à 2/3 de la capacité de gain ou de travail. En Algérie, l'assuré ouvre droit à l'invalidité lorsqu'il présente une réduction de 50% au minimum de sa capacité de travail.

- La plupart des pays s'alignent sur la condition de durée d'immatriculation minimale recommandée par la convention n° 102 de l'OIT, qui est de cinq années, la durée maximale étant de quinze années. Une durée de travail pour l'ouverture au droit est également exigée, elle est variable selon les pays.

### 2.3. Capital décès

L'augmentation importante de cette dépense est liée sans aucun doute à la revalorisation considérable de l'assurance décès. Antérieurement aux lois de la refonte, l'allocation décès était égale en général à trois mois de salaire dans la limite du plafond de la sécurité sociale (2000 DA).

La loi n°83 – 11 fixe le montant de cette assurance à 12 fois le montant du salaire mensuel le plus favorable, avec un minimum fixé à douze fois le SNMG. Il n'existe pas de plafond.

Dans plusieurs pays, l'allocation est versée sous forme d'un forfait pour les frais des obsèques. Quand elle est calculée sur la base du salaire, elle ne dépasse en général pas six mois de salaire. Il est fixé par ailleurs un plafond à ne pas dépasser.

A cet égard, on signalera une sorte de confusion quant à la nature de cette indemnité. Considérée par la législation internationale comme une aide apportée aux ayants droits de l'assuré décédé, en Algérie cette indemnité semble être assimilée à une sorte d'assurance vie sans évidemment les moyens de financement adéquats.

### Chapitre III : La branche des retraites, un déficit à caractère structurel

#### 1. Evolution de la situation financière de la branche des retraites

Le régime de retraite est dès l'origine contributif et à prestations déterminées (les prestations sont calculées selon les gains antérieurs de l'assuré), son mode de financement repose sur les principes de la répartition.

Des prestations non contributives sont également accordées par le régime depuis notamment l'application des lois de 1983, ce sont les minimums de pensions, l'indemnité compensatoire pour pensions de retraite, et les avantages particuliers pour les moudjahidine.

**Tableau n°13 : Situation financière de la CNR :  
Milliards de DA**

| Rubriques      | 1990  | 1991   | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   |
|----------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Recettes       | 7,67  | 13,03  | 22,95  | 27,20  | 32,37  | 35,62  | 35,95  | 39,91  | 51,36  | 53,46  | 62,32  |
| Dépenses       | 9,49  | 14,83  | 21,82  | 27,26  | 32,00  | 38,75  | 45,82  | 57,50  | 73,48  | 86,37  | 93,39  |
| Ecart          | -1,82 | -1,8   | +1,13  | -0,06  | +0,37  | -3,13  | -9,87  | -17,6  | -22,1  | -32,91 | -31,07 |
| Evol Rec. en % | -     | +69,88 | +76,13 | +18,50 | +19,00 | +10,04 | +0,78  | +11,16 | +28,68 | +4,08  | +16,57 |
| Evol en Dep. % | -     | +56,26 | +47,13 | +24,90 | +17,38 | +21,09 | +18,24 | +25,49 | +27,79 | +17,54 | +8,12  |

**Source :** Sécurité sociale situation et perspectives, Conférence Nationale sur la protection Sociale, page 12.

**CNR :** année 2000

Selon les données du tableau n°13, qui ne prend pas en compte les compléments différentiels, les dépenses effectuées par la caisse nationale des retraites occupent depuis 1997 la première place dans la structure globale des dépenses de sécurité sociale. Elles représentent pour l'année 1999 50,5% des dépenses totales. Les transferts de revenus réalisés par la branche des retraites représentent pour l'année 1999 2,7% du PIB, supplantant de ce fait la branche

des assurances sociales dont les dépenses pour la même année représentent 2% du PIB.

La situation financière de la CNR se caractérise par une alternance de soldes négatifs et positifs, avec des déficits plus accentués au cours des trois dernières années. L'évolution très rapide des dépenses par rapport à celle des recettes induit de très fortes tensions sur les équilibres financiers de la branche.

Les premiers déficits du régime des retraites correspondent à l'arrivée à maturité des lois de 1983 qui ont introduit un certain nombre de mesures allant dans le sens de l'amélioration des prestations et d'ouverture du champ d'application. La gamme des prestations assurées par le système n'a pas cessé, depuis, de se diversifier et de se multiplier sans une contrepartie conséquente au niveau des ressources.

## **2. Le déséquilibre structurel de la branche des retraites**

### **2.1. L'importance du régime de retraites**

Le régime de retraites couvre pour l'année 1998, un total, hors retraités CASNOS, de 1.169.111 personnes toutes catégories confondues, ce qui représente 3,99% de la population totale laquelle s'élève à 29 272 343 millions en 1998. (RGPH /1998).

Pour les catégories de la population âgée de 60 ans et plus dont le nombre total s'élève à 1.943.706 personnes, on compte 766.485 bénéficiaires d'une pension de vieillesse soit un taux de 39,4%. Le nombre de bénéficiaires d'une pension directe est égal à 558 366 soit 28,7%, alors que pour les pensions de réversion ils sont 208 119 bénéficiaires soit un taux de 10,7%.

Ces quelques chiffres placent l'Algérie à un niveau supérieur par rapport à beaucoup de pays d'Afrique et d'Amérique Latine à revenu faible. Par rapport aux pays à revenu intermédiaire, elle est au même niveau que l'Egypte avec 39,71% de pensionnés par rapport à la population âgée de 60 ans et plus, et après la Turquie qui compte 59,9% de pensionnés en 1996, et le Portugal avec 73,7% de pensions vieillesse et 27,1% de pension survivants.

Elle se situe très loin derrière les pays d'Europe à l'exemple de l'Allemagne dont le pourcentage de pensionnés est égal à 124,6% en 1996.<sup>(38)</sup>

---

<sup>(38)</sup> Rapport sur le travail dans le monde. 2000. BIT. Annexe n°12.

Ainsi, l'Algérie se situe à une position en dessous de la moyenne en matière de couverture de retraite, près de 1,2 millions de personnes âgées de 60 ans et plus ne jouissent pas d'une pension vieillesse. A cet égard, on soulignera que la consécration d'un droit ne garantit pas son exercice, tant celui-ci est soumis à un certain nombre de conditions préalables.

Les caractéristiques générales du marché du travail n'ont pas été favorables à l'affiliation d'un grand nombre de personnes au régime de retraites notamment aux premières années de l'indépendance. En effet, on rappellera qu'en cette période la majorité de la population était concentrée en milieu agricole sans grande protection sociale, le chômage était également élevé. Ce n'est qu'au milieu de la décennie soixante dix qu'une politique d'industrialisation génératrice de l'emploi stable sera mise en œuvre.

Par ailleurs, le taux d'occupation féminin en Algérie a toujours été négligeable. En effet pour l'exercice de l'année 1999, sur un nombre total de 650.252 bénéficiaires d'une pension directe on compte 58.184 pensionnés de sexe féminin soit un pourcentage de 9%.<sup>(39)</sup>

Le mouvement d'exclusion risque de s'aggraver pour les générations futures compte tenu des nouvelles tendances du marché de l'emploi qui se caractérise par une précarité croissante, et un chômage important des primo demandeurs. Selon les données de l'ONS pour l'année 1997, environ 2,1 millions de la population occupée ne sont pas affiliés au système de sécurité sociale.

Les non-assurés sont notamment les jeunes qui ont bien du mal à trouver un emploi dans le secteur formel. En 1996, près de 41% des occupés non assurés ont moins de 30 ans et 50% ont moins de 40 ans.<sup>(40)</sup>

## **2.2. Principales caractéristiques de l'évolution des catégories couvertes.**

Les données du tableau n°14 font ressortir quelques caractéristiques, en matière d'évolution des différentes catégories de pensionnés, qui ont des effets importants sur la situation financière de la branche des retraites, en particulier, et du système de sécurité sociale de manière générale :

---

<sup>(39)</sup> Source CNR

<sup>(40)</sup> ONS Statistiques n° 248

**Tableau n°14 : Evolution annuelle du nombre de pensionnés**

| Désignation          | 1990           | 1991           | 1992                  | 1993           | 1994           | 1995                   | 1996           | 1997             | 1998             | 1999                  | 2000             |
|----------------------|----------------|----------------|-----------------------|----------------|----------------|------------------------|----------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| Pension directe      | 343 409        | 352 606        | 350 421               | 371 349        | 393 910        | 510 685                | 545 772        | 592 103          | 651 817          | 657 047               | 710 868          |
| Evolution en %       | +3,46          | +2,67          | -0,61 <sup>(41)</sup> | +5,97          | +6,0           | +29,64                 | +6,8           | +8,48            | +10,08           | +0,80                 | +8,19            |
| Pension de réversion | 176 817        | 201 744        | 222 962               | 251 413        | 288 936        | 398 532                | 438 900        | 480 595          | 517 294          | 502 813               | 542 016          |
| Evolution en %       | +14,9          | +14,09         | +10,5                 | +12,76         | +14,9          | +37,9                  | +10,12         | +9,49            | +7,6             | -2,79                 | +7,80            |
| <b>Total</b>         | <b>520 226</b> | <b>554 341</b> | <b>573 383</b>        | <b>622 762</b> | <b>682 846</b> | <b>909 217</b>         | <b>984 672</b> | <b>1 072 698</b> | <b>1.169.111</b> | <b>1.159 860</b>      | <b>1.252.884</b> |
| Evolution en %       | +7,09          | +6,56          | +3,44                 | +8,61          | +9,65          | +33,15 <sup>(42)</sup> | +8,30          | +9               | +10              | -0,79 <sup>(43)</sup> | +8,02            |

Source : «Sécurité Sociale situation et perspectives ». Conférence sur la Protection Sociale année 2000, page 6.

: CNR pour l'année 2000

### 2.2.1. Une évolution plus rapide des pensions « survivants ».

La population générale des pensionnés à la charge de la CNR a plus que doublé sur une période de dix années ; le taux de progression est égal à 140,8%. L'évolution générale est régulière à l'exception des quelques fluctuations signalées plus haut.

La moyenne annuelle est de 73.000 nouveaux entrants soit 9,2%. Cependant, le taux d'accroissement des titulaires d'une pension de réversion est nettement supérieur à celui des pensionnés directs.

On compte une évolution annuelle moyenne de 11,8% relevant de la première catégorie, contre 7,5% pour la seconde catégorie. Ainsi, les dépenses consenties par le régime de retraites n'ont pas une contrepartie contributive

<sup>(41)</sup> Fusion des ex-régimes de base et des régimes complémentaires ayant entraîné une diminution des titulaires d'une retraite complémentaire

<sup>(42)</sup> Prise en charge par la CNR des pensionnés relevant du secteur agricole à partir du mois d'août 1995.

<sup>(43)</sup> Prise en charge par la CASNOS de 105.000 retraités relevant de sa compétence

conséquente, dans la mesure où pour un seul assuré cotisant ce sont plusieurs ayants-droits qui bénéficient des prestations de vieillesse.

Le niveau des dépenses occasionnées par cette catégorie, est relativement contenu, dans la mesure où la quasi-majorité bénéficie d'une pension d'un faible montant. La situation tendra certainement à évoluer, sachant que le niveau des nouvelles pensions s'améliore régulièrement (amélioration des salaires de référence, allongement de la durée d'activité et revalorisation successive des pensions), ce qui va se répercuter sur le niveau des pensions de réversion.

A travers l'élargissement du champ d'application des pensions de survivants, le législateur a pris en considération un certain nombre de caractéristiques socioéconomiques de la famille algérienne. En prenant en charge un nombre important d'ayants droit, qui représentent en général les franges les plus fragiles de la société comme les veuves ou encore les ascendants, le plus souvent sans revenus propres, les handicapés, les enfants mineurs et les filles non mariées qui sont dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle, la sécurité sociale joue un rôle important de lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Mais cette ouverture généreuse n'est pas accompagnée d'un élargissement en conséquence des sources de financement nécessaires au maintien des équilibres du système.

### **2.2.2. Accélération du mouvement des départs en préretraite**

Avec la mise en place du dispositif de préretraites, l'évolution des catégories de pensionnés tend à s'inverser avec un taux d'accroissement de 10,6% des bénéficiaires d'une retraite directe pour l'année 1998, contre 7 % pour les survivants.

Cette tendance provient de l'augmentation très rapide des bénéficiaires de retraites proportionnelle et sans condition d'âge.

L'attrait évident de ce nouveau dispositif de retraite sur les travailleurs va aller en s'accroissant, si l'on tient compte d'un certain nombre d'éléments tels que :

- Les générations des travailleurs nombreux qui ont débuté leur vie professionnelle pendant la décennie soixante dix, atteindront dans les dix années à venir leurs trente deux années d'activité.
- La précarité plus grande de l'activité professionnelle et la détérioration des conditions de travail.

- L'absence de règle de cumul de la retraite avec des revenus d'activité permanente.
- Le niveau substantiel des pensions qui permet aux personnes de renoncer à un revenu d'activité. Puisque le taux de remplacement se situe entre 60 et 65% pour la retraite proportionnelle, et 80% pour la retraite sans condition d'âge.
- La complaisance complice dans les déclarations des salaires de référence.
- La création d'un fonds spécial de retraite dont la finalité inavouée était la mise à l'écart de cadres, au moyen d'une retraite anticipée.

Dans ces conditions beaucoup de travailleurs préfèrent quitter leur emploi pendant que leur force de travail est encore relativement bonne pour occuper d'autres activités rémunératrices notamment dans le secteur privé ou encore informel.

Pour le système de sécurité sociale, cette situation se traduit par une perte plus grande de cotisation et un allongement de la durée de versement des pensions compte tenu de la baisse de l'âge des départs à la retraite.

L'âge moyen des bénéficiaires d'une retraite sans condition d'âge est de 53 ans. Pour la retraite proportionnelle, il est de 54,68 ans, soit un allongement minimum de la durée de pensions de 7 ans pour la première catégorie et au moins de 5 ans pour la seconde.

### **2.3. Le fléchissement du nombre d'assurés cotisants.**

L'évolution du nombre de prestataires du système de retraite devient réellement préoccupante lorsqu'on la compare avec la progression du nombre des assurés actifs cotisants. Pour l'année 1999, le nombre d'actifs cotisants a été estimé à 2,7 millions (non compris les indépendants). Il était de 3 millions en 1990 soit un taux de régression égal à -10%.

Pour la même période le nombre total des bénéficiaires d'une pension de retraite a progressé de 124,7%. Le rapport démographique est sérieusement détérioré. Il était de 5,7 actifs pour un pensionné en 1990, il n'est plus que de 2,4 pour l'année 1998.

Cette tendance risque malheureusement de s'aggraver compte tenu de la facilitation plus grande de l'ouverture des droits à la retraite d'une part, et du blocage persistant de la croissance économique qui ne permet pas d'entrevoir une amélioration du taux d'occupation d'autre part.

## RECOMMANDATIONS

Compte tenu des considérations développées, quels seraient les types de recommandations à préconiser ?

*La sécurité sociale semble avoir été utilisée comme un des instruments de la réalisation de la politique sociale et économique de l'Etat. En revanche, une très faible autonomie lui a été consentie, s'agissant de la valorisation de ses ressources financières et de son patrimoine.*

*De ce fait, la pertinence et la fiabilité du système de sécurité sociale ne peuvent être appréciées que s'il est mis face à ses seules obligations légales envers ses affiliés. Les solutions existent.*

*Elles dépendent, d'une part, des choix des acteurs politiques, économiques et sociaux concernés et, d'autre part, de l'indispensable relance économique inscrivant le déplacement des activités de l'économie informelle vers l'économie structurée.*

*Les chapitres précédents ont montré qu'au plan financier le système de sécurité sociale est confronté à une crise de recettes dans le même temps où s'accroissent considérablement ses dépenses. Son équilibre actuariel global s'avère précaire, la branche des retraites n'arrivant plus déjà à faire couvrir ses dépenses par ses recettes.*

*Ces problèmes ne constituent pas une raison suffisante pour remettre en cause les principes fondamentaux du système de sécurité sociale. Ils ne justifient pas non plus le traitement hors système d'un certain nombre de questions sociales tels ceux de l'assurance chômage, des indemnités liées à l'absence de ressources ainsi que celles liées à l'emploi.*

***Les recommandations ci-dessous sont inspirées de cette logique de sauvegarde d'un système fondé sur la répartition et la solidarité dont les effets sur la santé, la sécurité économique et la redistribution sont incontestables.***

*Elles ont par conséquent pour objectif de rectifier les effets pervers de principes justes et d'améliorer l'efficacité de la protection sociale en développant sa fonction de planification sociale en améliorant sa gestion et en modernisant ses moyens.*

*Par ailleurs, la sécurité sociale fait partie de l'environnement immédiat du travailleur et de sa famille.*

*En tant qu'institution, la sécurité sociale est au cœur des préoccupations de l'ensemble des acteurs de la sphère économique, sociale et politique du pays.*

*L'histoire de la sécurité sociale en Algérie est liée aux luttes sociales au droit à l'indépendance et à la justice sociale. Elle n'est pas un simple corps de dispositions juridiques indépendant de ces luttes ou le simple produit d'une idée sociale désincarnée.*

***Ainsi la sauvegarde du système de sécurité sociale et sa pérennisation sont aujourd'hui un autre défi à relever. Ce défi passe, nécessairement et obligatoirement, par la consolidation des principes de solidarité entre les travailleurs des différents secteurs d'activité, entre les générations (actifs, non actifs, jeunes, vieux ...).***

***L'uniformisation des prestations, l'unification de la gestion constituent l'atout central pour une modernisation du système et la maîtrise conséquente des coûts de gestion.***

*Les aspects financiers de la sécurité sociale ne doivent pas être examinés uniquement sous l'angle du déficit ou de l'excédent budgétaire. En effet, les règles fondamentales au plan universel régissant le fonctionnement des systèmes de sécurité sociale consacrent la distinction entre la cotisation de sécurité sociale et l'impôt et la taxe parafiscale. La cotisation de sécurité sociale est prélevée sur les salaires pour être versée sous forme de prestation sociale (salaire socialisé).*

*Les ressources de la sécurité sociale sont affectées aux seuls avantages prescrits par la législation et ne peuvent être utilisées à d'autres fins.*

*En fait, il s'agit du respect de l'autonomie financière de la sécurité sociale qui ne s'apparente en aucun cas à une impossibilité pour les pouvoirs publics en général et les services spécialisés du Ministère des finances de procéder aux inspections et contrôles des dépenses.*

*L'autonomie financière permet aux organes de sécurité sociale de remplir leur mission notamment celle de servir un volume de prestation quotidien important et au niveau de n'importe quelle partie du territoire national.*

## **I / De la Sécurité sociale.**

### **1. Des voies possibles d'amélioration des recettes ?**

Sur le plan strictement financier, les marges de manœuvre sont extrêmement étroites du point de vue de l'accroissement des ressources.

#### **◆ Le relèvement du taux de cotisation, une marge réduite :**

Dans le cadre de négociations sociales, l'on pourrait envisager un relèvement du taux de cotisation tout en tenant compte du niveau relativement élevé auquel il se situe déjà. Mais, toute augmentation du taux de cotisation aura pour effet d'accroître le coût du travail, d'alourdir davantage les charges sociales, de dissuader plus fortement les recrutements et d'inciter à une évasion sociale plus grande.

De plus, les possibilités qui s'offrent pour un éventuel rééquilibrage de la part salariée sont relativement limitées. Cette dernière a été l'objet de relèvements successifs réduisant d'autant les marges d'action, compte tenu de la dégradation du pouvoir d'achat des salariés.

#### **◆ Vers la constitution d'un fonds de réserves pour le régime des retraites**

Diverses pistes semblent envisageables pour réaliser un tel objectif :

Tout d'abord, l'effort doit être entrepris par les salariés eux-mêmes auxquels il pourra être demandé une mobilisation en faveur de la préservation du système de retraite par une nouvelle hausse de leur part de cotisation. Une telle initiative semble pouvoir être envisagée si elle se couple aux mesures d'augmentation des salaires à venir.

Par ailleurs, comme l'enjeu capital est de trouver des modes de financement et de régulation qui permettent l'équilibre financier du système et favorisent l'emploi, l'équité commande, aujourd'hui que l'accès à l'emploi est devenu essentiel, de réfléchir non seulement aux moyens de préserver les droits des assurés mais également et surtout de trouver des modes de régulation qui permettent de maîtriser les dépenses, d'éviter les hausses de cotisations qui pèsent sur l'emploi et de réduire le chômage.

C'est dans cette optique que, l'on peut poser le problème d'un possible allègement des charges patronales à la faveur d'une réduction ou d'une modulation du versement forfaitaire, sinon de sa suppression. Une quotité serait alors destinée à alimenter un fonds de réserves pour le régime des retraites au financement duquel contribueraient les salariés par un relèvement de leur cotisation et en consentant d'affecter tout ou partie des ressources allouées aujourd'hui aux œuvres sociales.

L'Etat apporterait dans ce cas sa contribution par une dotation forfaitaire au titre notamment des créances détenues sur les établissements publics ( EPL - EPE ) dissous et qui pourrait être prélevée éventuellement sur le produit des futures privatisations, et à celui du remboursement à la CNR, à la CNAS et à la CASNOS des montants des prestations indues mises à leur charge à ce jour.

Ce fonds pourra également recevoir l'affectation des ressources prévues au titre de l'indemnisation du patrimoine de la sécurité sociale, transféré durant la décennie 1980.

En tout état de cause, ce fonds devra être alimenté jusqu'à pouvoir l'inscrire dans une évolution qui lui permette d'assurer un seuil donné des dépenses du régime (25% ?) ; ce qui le situera à mi-chemin entre la capitalisation et la répartition.

Dans un contexte de croissance ralentie, la recherche d'une plus grande équité ne peut se faire sans que l'on s'attache à limiter les sources d'inefficacité. Dans cet esprit, l'amélioration de l'efficacité de l'existant signifie, précisément, l'urgence d'un véritable plan d'action pour améliorer le recouvrement des cotisations et lutter contre les phénomènes de non déclaration et de sous déclaration.

Ce serait là, en effet, un des axes essentiels à privilégier dans une perspective d'accroissement des ressources du système. La lutte contre la fraude et l'évasion de cotisations deviennent un instrument au service d'une plus grande équité

#### ◆ **Le financement par l'Etat des dépenses de solidarité nationale.**

Parce que le système national de sécurité sociale remplit simultanément des fonctions d'assurance, de redistribution et de report correspondant à un

compromis historiquement daté qui traduit ainsi un certain consensus social du moment, il a été difficile en pratique de départager complètement les prestations qu'il propose entre leurs fonctions de report, d'assurance et de redistribution.

Cette situation a rendu très difficile toute répartition des rôles entre les différents acteurs : l'individu, les partenaires sociaux et l'Etat. Les modalités de financement du système se sont trouvées souvent posées sans que des réponses suffisamment cohérentes leur soient apportées.

Aujourd'hui qu'un nouveau contexte socio-économique se met en place, il paraît possible de redessiner le rôle de chacun des partenaires selon un schéma classique, où l'Etat devrait assurer les fonctions redistributives ou de pure solidarité, les deux autres fonctions relevant d'assurances obligatoires dépendant des groupes professionnels ou subsidiairement d'assurances facultatives privées.

De ce point de vue, dans le cadre de la solidarité, le redevable est la collectivité nationale que personnifie l'Etat et son budget. C'est dès lors à lui qu'il revient de fixer l'ampleur de cette solidarité, en concurrence avec les autres biens et services collectifs dont il est le garant. Ce serait ainsi le cas pour l'ensemble des droits minimaux qu'il a jusqu'ici consacré, y compris l'ICPR, et en toute logique ce serait le cas également pour les prestations familiales qu'il a remises de façon tout à fait paradoxale à la charge des employeurs alors qu'elles répondent à un objectif de redistribution.

Il convient par ailleurs, de codifier les procédures et mécanismes de financement des dépenses de solidarité mis à la charge du système de sécurité sociale.

#### ◆ Vers la mobilisation de nouvelles ressources pour l'assurance maladie

Les progrès réalisés par les sciences et la recherche en matière médicale ont permis aujourd'hui d'établir de manière irréfutable le lien entre la consommation du tabac et des alcools et le développement de certaines pathologies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, asthme), génératrices de surcoûts supportés en grande partie par le système de sécurité sociale.

Pour palier les dépenses générées par de telles maladies, le moment semble venu de réfléchir à l'éventualité d'affecter à la sécurité sociale une partie des taxes prélevées sur la commercialisation et la consommation des tabacs et alcools.

Dans le même ordre d'idées, la question mérite d'être posée sur la possibilité d'une affectation des produits des assurances automobiles à la sécurité sociale, ayant à l'esprit le nombre et le volume des dépenses qu'elle consent tant au titre des soins nécessaires aux accidentés qu'au titre des revenus de remplacement qu'elle leur offre. A l'évidence, se sont là des gisements non négligeables susceptibles, à l'avenir, d'offrir des sources de financement additionnelles au régime d'assurance maladie.

Par ailleurs, il faut rappeler que la sécurité sociale assure le remboursement des produits pharmaceutiques à 80% de leur prix. Elle a eu à supporter l'ensemble des surcoûts consécutifs à la libéralisation des prix de ces produits en majorité importés et soumis au régime de la TVA. Pour compenser les fortes pressions qui pèsent sur ce poste de dépenses, la réflexion pourrait être orientée vers l'examen de la possibilité de faire bénéficier l'assurance maladie d'une ristourne prélevée sur les produits des taxes qui frappent les médicaments.

Toutes ces propositions d'actions susceptibles de contribuer à l'amélioration des ressources du système demeurent pourtant de caractère partiel. Elles ne sauraient occulter l'exigence fondamentale liée à un retour d'une croissance économique forte et régulière, créatrice de nombreux emplois, seule à même de garantir, de manière durable, les ressources nécessaires à un système construit pour fonctionner précisément dans un contexte de plein-emploi.

Devant une telle situation, l'enjeu d'une réflexion sur la maîtrise des dépenses du système prend un relief particulier, au regard des déficits récurrents du système et de ses dysfonctionnements internes.

## **2. L'impératif d'une maîtrise des dépenses**

Nécessité d'une modération des dépenses de l'assurance maladie par une maîtrise des dépenses de santé. L'évolution exponentielle des dépenses de santé, tous postes confondus, est à rapporter à une série de facteurs que les développements des chapitres précédents ont mis en exergue et parmi lesquels on peut citer notamment

- La faible maîtrise des coûts de gestion des différentes caisses.
- La détermination sur une base forfaitaire arrêtée de façon administrative de la contribution de la sécurité sociale, sans possibilité de contrôle de sa part, au financement du système de santé publique .
- La libéralisation du prix des médicaments .
- L'absence de contrôle efficace sur la vignette .
- La multiplication des prescripteurs .
- L'inflation inconsidérée des actes de diagnostic et l'absence d'une réglementation appropriée relativement, en particulier, à la fréquence des actes de diagnostic, dans une situation où le système de santé publique assure de moins en moins l'établissement au sein de ses structures des actes de diagnostic et la délivrance de médicaments.

En somme, de nombreux éléments qui concourent à constater que l'on reste encore bien loin d'un environnement propice à un développement transparent de l'activité de soins, notamment privée, induisant de fortes dérives de la dépense de santé et qui appellent à une réflexion plus large sur l'organisation du système de santé.

Plus concrètement, et de façon prioritaire, des mesures identifiées depuis longtemps peuvent d'ores et déjà être mises en œuvre dans le cadre d'un plan d'actions à court et moyen terme. Il s'agit de toutes les mesures qui s'articulent autour des axes ci-après :

**◆ Contractualisation des relations de la CNAS et des structures publiques de santé :**

Il s'avère aujourd'hui urgent d'œuvrer résolument à la mise en place les mécanismes de relations contractuelles prévues par la législation en vigueur qui visent à garantir plus de transparence dans la détermination de la contribution de la sécurité sociale au financement des structures publiques de santé, sur la base notamment d'une détermination contrôlée des coûts unitaires des soins et des tarifs à appliquer, tenant compte également de la qualité des prestations servies.

**◆ Réduction de la facture des transferts pour soins à l'étranger :**

Prioritairement en ce domaine il importe de poursuivre les efforts entrepris pour la réduction des transferts pour soins à l'étranger en encourageant la formule de conventionnement avec les structures de soins spécialisées.

**◆ Généralisation du conventionnement avec les praticiens privés :**

Une telle démarche devra permettre progressivement, une fois l'opération maîtrisée et la mise en place de mécanismes de contrôle plus efficaces des actes pratiqués, d'envisager la révision des tarifs de remboursement pour les fixer à un niveau plus en rapport avec les coûts réels de soins.

**◆ Généralisation de l'offre directe de soins de la sécurité sociale et des organismes para publics.**

**◆ Mise en place du système du tiers-payant :**

La CNAS devrait être incitée à mettre en place les moyens requis en vue d'élargir l'opération du tiers-payant avec les officines pharmaceutiques pour tous les assurés.

**◆ Fixation d'un tarif de référence pour le remboursement des médicaments :**

Il s'agit ici de favoriser les démarches tendant à fixer des tarifs de remboursement sur la base des médicaments les moins chers mais à effet thérapeutique égal, ce qui permettra de combattre la multiplicité des prix pour un même médicament et de réduire les surcoûts que les pratiques actuelles font supporter à la sécurité sociale.

**◆ Le renforcement du lien entre les cotisations et les prestations**

Les mesures prises dans le cadre de l'assouplissement des conditions d'ouverture au bénéfice des prestations de la sécurité sociale ont eu des effets pervers qui se sont traduits par :

- Une grande perméabilité du système qui le rend propice à toutes les formes d'abus et de malversations : un grand nombre de travailleurs bénéficiaires, d'une pension d'invalidité de première catégorie, continuent à exercer à leur poste de travail et, d'autres, prennent des congés de maladie rémunérés à 100% du salaire de poste pour s'adonner à d'autres activités dans le secteur informel.
- Un relâchement extrême du lien entre les prestations et les contributions qu'illustrent de nombreuses situations, tant en matière d'assurances sociales qu'en matière de retraite.

A titre d'exemple, si l'on prend la condition d'assujettissement, un travailleur ayant effectué un mois de travail au cours d'une année peut bénéficier de la couverture sociale pour une durée de quinze mois, dont une année en qualité de travailleur affilié et trois mois après la cessation d'assujettissement.

Il en est de même pour pratiquement toutes les prestations de sécurité sociale. Ainsi, il suffit de justifier de deux mois d'activité pour ouvrir droit à une pension d'invalidité d'un montant égal à 60 ou 80% du salaire de poste jusqu'à l'âge de la retraite.

L'exploration rapide des dépenses de la branche des retraites fait ressortir que là aussi les conditions d'équilibre de la branche n'ont pas été organisées avec rigueur et concourent au contraire à introduire une distanciation sensible du lien entre les cotisations versées et les prestations qui en découlent.

A cet endroit, l'accent peut être mis notamment sur la période de droits acquis qui paraît réduite par rapport aux normes internationales incitant à une sous-déclaration des revenus et à la fraude, la suppression des conditions d'âge de départ à la retraite et les modalités de calcul du revenu de remplacement consenti.

- Un découragement de l'effort actif en octroyant des indemnités qui se substituent aux salaires d'activité. Les renouvellements répétés des demandes de congés maladies constituent un des révélateurs qui exprime bien une facette de ces effets pervers.

Des mesures de correction doivent être envisagées dans le court terme et s'inscrire dans le cadre d'un programme de travail prioritaire de réaménagement de la législation en vigueur de façon à resserrer davantage les liens entre les cotisations et les prestations et lutter contre les sources d'abus et

de fraude. Les actions susceptibles d'être menées dans ce cadre doivent tendre à :

- Prolonger la durée de contribution ouvrant droit aux prestations d'assurances sociales, notamment celles relatives à la longue maladie et à l'invalidité ;
- Favoriser un renforcement des prérogatives de contrôle des employeurs sur les congés de maladie moyennant une prise en charge par les entreprises des premiers jours de maladie ;
- Agir sur les niveaux des prestations en espèces qui doivent être fixés de façon à éviter qu'elles ne puissent se substituer aux revenus d'activité ;
- Améliorer l'efficacité de la fonction de contrôle médical de la CNAS ;
- Oeuvrer progressivement à l'allongement de la durée d'activité ouvrant droit à une pension de retraite complète ;
- Supprimer la formule de départ à la retraite sans condition d'âge ;
- Accroître de façon progressive le nombre d'années servant de base à la détermination du salaire moyen de référence pour le calcul de la pension.

#### ◆ **Les accidents du travail et les maladies professionnelles**

Dans ce domaine deux actions prioritaires sont à prévoir:

- Renforcer la prévention des risques professionnels et la participation de la sécurité sociale à cette prévention.
- Renforcer les droits des assurés sociaux en matière de maladies professionnelles (contrôle médicaux, hygiène et sécurité, mise à jour de la liste des maladies professionnelles) .

### **3. La promotion de formes complémentaires de protection sociale, notamment de retraite.**

Il s'agira d'évaluer, en priorité, l'impact de l'instauration d'un système complémentaire à adosser au système actuel à consolider par les changements et correctifs ci-dessus proposés.

Une telle hypothèse, tout en s'inscrivant dans une perspective de réforme, présente la particularité qui consiste à tenter de concilier les objectifs de préservation d'un système de base solidaire, consacrant des prestations et des

avantages qui continueront, somme toute, à garantir une protection appréciable et d'offrir une plage conséquente à l'intervention des usagers eux-mêmes, de façon individuelle ou collective.

Toutefois il est de première importance de souligner que toute option de réforme, en la matière, quelles que soient sa nature et son ampleur, doit être appréciée en toute connaissance de cause et par conséquent, se doit d'être construite sur la base d'études actuarielles fiables.

De telles études font aujourd'hui défaut ; aussi s'avère t-il nécessaire de recommander qu'un intérêt particulier soit accordé, dès à présent, à cet aspect, s'agissant d'une étape préalable incontournable à tout processus de décision.

Par ailleurs, il faut avoir à l'esprit qu'en toute réforme, il ne peut être fait abstraction du contexte social et culturel. Cela est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'un sujet aussi sensible que le système de sécurité sociale. Il ne peut, en la matière, être question de plaquer brutalement et de manière artificielle un ou des modèles qui, trop éloignés de notre système actuel, n'auraient, par ailleurs, pas indiscutablement fait la preuve de leurs avantages, d'où la nécessaire prudence à observer.

#### **4. La nécessité de renforcer les capacités organisationnelles du système et d'améliorer l'efficacité de ses règles de fonctionnement**

Il est incontestable de reconnaître que la structure globale et unitaire du système de sécurité sociale a constitué un atout essentiel, qui lui a permis de passer les caps difficiles et de continuer d'assumer ses fonctions essentielles dans la protection sociale globale de la population, dans un contexte de crise économique sévère et durable.

Néanmoins, il est impératif de relever les faiblesses qu'il accuse concernant certains choix opérés au niveau de l'organisation de quelques unes de ses fonctions ainsi qu'en matière de règles de fonctionnement des organismes de sécurité sociale.

En effet, si l'option retenue de doter ces derniers d'un régime juridique spécifique de nature à répondre aux multiples spécificités attachées à la gestion de tels organismes (responsabilité partagée de tous les partenaires, règles particulières de contrôle, notamment au plan financier...), il faut relever qu'à

l'expérience une série d'insuffisances est apparue, qu'il s'agit aujourd'hui de corriger.

◆ **En matière de recouvrement des cotisations.**

Il s'avère nécessaire de réorganiser la fonction de recouvrement sans créer de nouvelles charges administratives et de gestion.

Par ailleurs il y a lieu d'accélérer :

- l'adoption et la promulgation de la loi modifiant la loi relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale,
- l'élaboration des textes réglementaires prévus pour l'application de dispositions de la loi relative aux obligations des assujettis dans les institutions et administrations publiques ( IAP) ainsi que les textes réglementaires y afférents.

Les pouvoirs publics devraient envisager la mise en place sous leur autorité d'une action d'envergure nationale de longue durée en association avec les partenaires sociaux afin de maîtriser la sphère de l'économie informelle, source de non déclaration et de fraude sociale. Dans cette optique, il est proposé l'institution d'un minimum obligatoire de cotisation.

Dans un Etat de droit, la sécurité est obligatoire et doit s'appliquer impérativement à tout travailleur et à tout employeur quelle que soit la durée ou la nature de son travail.

◆ **En matière de fonctionnement.**

- **Prérogatives et composition des conseils d'administration des organismes.**

Les réformes intervenues, en matière de prérogatives et de composition des conseils d'administration des caisses, ont permis d'assurer une représentation large des principaux partenaires (pouvoirs publics, employeurs et travailleurs), leur assurant une intervention à la mesure de leur contribution.

Ces mesures, qui constituent un acquis et qui consacrent le droit à la participation à la définition des programmes et actions de la Sécurité Sociale, ont été prises dans un contexte social de représentation unique des travailleurs et des employeurs.

Il s'avère dès lors nécessaire d'étudier l'actualisation de la représentation des différents partenaires sociaux, en fonction du nouveau contexte. Des rééquilibrages de la représentation des employeurs peuvent s'avérer nécessaires. Il en est de même pour les conseils d'administration qui doivent exercer pleinement leurs responsabilités en matière de définition des programmes à court, moyen et long termes et d'évaluation de leurs résultats.

**- Renforcement et modernisation des capacités de gestion des organismes.**

Au regard des lacunes et insuffisances existantes, une série d'actions semble nécessaire pour accélérer les efforts engagés en direction :

- de l'informatisation de la gestion des prestations .
- de la diversification des formes de remboursement des prestations .
- du bilan de la gestion séparée des différentes catégories d'assurés sociaux et des différents types de prestation .
- du renforcement des capacités d'audit et d'études prospectives .
- de la formation et de l'élévation du niveau de qualification et des capacités de réponse du personnel.

**II/ De l'Action Sociale**

Les actions à envisager doivent viser l'amélioration des mécanismes de solidarité nationale afin d'assurer l'intégration socio-économique des groupes sociaux les plus faibles. En ce sens, des mesures devront être initiées et appliquées à l'effet d'accroître l'efficacité et l'efficience en termes de coût - rendement des dispositifs existants.

**1. La mise en place d'outils de planification et d'évaluation :**

◆ La mise en place d'instruments susceptibles de mesurer le seuil de pauvreté et les principaux indicateurs sociaux constituera à l'avenir une des actions majeures. La définition de ces normes permettra la maîtrise des paramètres sociaux ainsi que l'appréciation de la nature et de l'ampleur des besoins.

◆ La consécration du budget social en tant que grille économique de programmation et d'évaluation de l'effort consenti par les pouvoirs publics en direction des groupes de population vulnérables et particulières d'une part, et de mesure du niveau des transferts sociaux dans la structure des revenus des catégories concernées d'autre part, s'avère une nécessité et devrait donner lieu à un débat parlementaire, à l'occasion de l'examen de la loi de finances.

Dans cette perspective, le budget social de l'Etat doit informer les partenaires sociaux sur le niveau de performance dans la création de richesses de l'économie nationale et refléter l'équité dans la répartition du produit national.

◆ L'élaboration de la carte sociale du pays peut constituer un outil de connaissance des caractéristiques de la pauvreté et des besoins de protection spécifique.

◆ L'adaptation et l'actualisation de la nomenclature des produits d'appareillage .

## **2. Au plan organisationnel et opérationnel :**

La mise en œuvre de ces mesures devra être accompagnée d'une réorganisation de l'administration sociale nationale et locale et d'un renforcement des moyens mis à sa disposition. A ce titre, il est proposé :

◆ D'améliorer le dispositif législatif et réglementaire en le réorientant vers des objectifs d'insertion professionnelle plutôt que vers l'allocation d'indemnités.

Dans ce cadre, des mesures incitatives et des structures devront être mises en place pour favoriser et promouvoir l'emploi des catégories de population fragilisées et/ou handicapées.

◆ De systématiser la concertation intersectorielle à travers un programme commun intégrant des actions complémentaires dans le but de promouvoir

l'éducation, la formation professionnelle, la réadaptation, l'insertion et la réinsertion des personnes démunies et/ou handicapées.

◆ De dynamiser et réorganiser les structures chargées de l'action sociale en centrant leurs attributions dans les domaines de conception, d'évaluation des besoins, de régulation, d'animation, de coordination, de contrôle et d'évaluation des résultats.

◆ De renforcer en moyens humains et matériels les Directions de l'Action Sociale de Wilaya.

◆ D'activer l'installation des bureaux communaux d'action sociale et les doter des moyens adéquats et d'un personnel spécialisé.

◆ D'examiner de manière approfondie les conditions et les modalités d'octroi des allocations familiales aux familles démunies et/ou sans revenus .

◆ De consacrer et codifier la prime de scolarité.

- En définitive, une véritable décentralisation des dispositifs et une gestion active des programmes sociaux au niveau local s'avèrent urgentes.

Cette démarche permettra l'implication directe des catégories sociales concernées à travers le mouvement associatif (associations de bienfaisance, comités de quartier...).

La participation des associations est à organiser sur la base de contrats/programmes liant ces dernières aux services sociaux concernés.

La réalisation de cette politique sociale reste tributaire de la définition des rôles des différents intervenants, de la précision des objectifs, de l'amélioration et du renforcement des instruments essentiellement statistiques d'observation et d'identification des catégories potentielles à prendre en charge (enquêtes, indicateurs socio-économiques etc.).

- L'économie de marché, vers laquelle le pays se dirige, implique une recherche constante de l'information pour décider, chaque fois que de besoin et en toute connaissance de cause.

Il s'agit, pour permettre une planification rigoureuse, de développer des capacités de mesure, d'analyse et de prévision au sein des institutions de la Protection sociale et de rendre publics les comptes annuels de la sécurité sociale.

A ce titre, il est recommandé, afin de procéder à des travaux de simulation, de lancer des études et des enquêtes pour évaluer les coûts des différentes prestations et estimer la base cotisante potentielle et pour s'informer avec précision sur la répartition des revenus.