

MARIE-FRANCE GRANGAUD[\*]

## **Rôle de la sécurité sociale en Algérie**

Progressivement mis en place dans notre pays à partir de la 2ème guerre mondiale, notre système de sécurité sociale considéré comme un acquis des travailleurs n'a pas globalement été remis en cause. Il a évolué, élargissant le champ des personnes couvertes, uniformisant certains avantages et unifiant partiellement les régimes. Le projet de refonte, en chantier depuis plusieurs années et qui paraît sur le point d'aboutir, parfaîra cette évolution conforme au demeurant aux recommandations de l'Organisation Internationale du Travail.

Notre société a cependant connu des bouleversements importants et il semble intéressant de situer la place et de réexaminer le rôle actuel de ce système de sécurité sociale, surtout si l'on considère qu'il met en jeu des flux financiers importants. En effet, selon les évaluations du plan annuel publié par le Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, les transferts, non compris le financement de la médecine gratuite, représentent en 1981, 16 % des revenus disponibles des ménages, ce qui par rapport à la part des transferts dans les revenus disponibles des ménages d'Europe de l'Ouest reste relativement faible[1], mais cette part tend à augmenter. Près de la moitié du volume total des transferts est servie dans le cadre de la sécurité sociale. Or, si la formation et la répartition du revenu direct des ménages (revenus de travail), ont fait l'objet d'une attention très poussée en particulier dans le cadre du SGT, par contre la part socialisée de ce revenu – dans laquelle il faudrait d'ailleurs inclure les consommations collectives d'éducation, santé... – n'a guère été étudiée. A quels besoins répond actuellement la sécurité sociale et

de quelle façon ? Quels groupes sociaux en bénéficient ? Dans la mesure des informations disponibles, cette étude tente de répondre à ces différentes questions. La première partie est une présentation générale de notre système de sécurité sociale, la deuxième partie est consacrée à l'analyse critique des opérations de sécurité sociale et en conclusion sont discutés certains aspects de ce système.

## **1ère Partie : Présentation générale**

Avant d'aborder le problème du rôle de la sécurité sociale dans notre société, il paraît important de bien situer le système de sécurité sociale tel qu'il fonctionne actuellement ainsi que son évolution depuis l'indépendance, ne serait-ce que pour clarifier le vocabulaire propre à ce système.

### **I – Les risques couverts par la sécurité sociale**

Héritière d'un système d'assurance, la sécurité sociale continue d'utiliser une classification en terme de risques. La classification qui suit est celle du régime général lequel couvre la majorité des assurés et c'est, par ailleurs, celle qui a servi de cadre pour les différentes lois actuellement en discussion parlant sur la refonte du système de sécurité sociale. Le tableau 1 résume la classification des risques. Chacun de ceux-ci peut donner lieu à 2 types de prestations : les prestations en espèces qui sont destinées soit à remplacer un revenu supprimé pour cause de maladie, maternité, invalidité, décès ou pour cause de vieillesse, soit à assurer un complément de revenu pour couvrir des charges supplémentaires (prestations familiales) ; les prestations en nature dont l'utilisation est préaffectée, qui sont soit des prestations directes (sanitaires ou familiales) offertes dans des unités gérées par la sécurité sociale (centres médico-sociaux, centres familiaux), soit les remboursements de frais (essentiellement des frais médicaux).

Les risques couverts par la sécurité sociale n'ont pas subi de modification depuis l'indépendance si ce n'est le transfert aux

organismes de sécurité sociale du risque Accident de Travail et Maladies Professionnelles, géré jusqu'en 1966 par des organismes d'assurance, système encore en vigueur actuellement dans le régime agricole.

## **II – Les régimes**

La nomenclature des régimes de gestion de la sécurité sociale n'aura qu'un intérêt historique quand la refonte du système de sécurité sociale entrera en vigueur. En effet, l'unification des différents régimes est, en plus de l'uniformisation des avantages, un objectif important de cette refonte. Les régimes actuels, tels qu'ils sont présentés dans le tableau 2, représentent déjà un degré important d'unification en regard de la pléiade de régimes existant au moment de l'indépendance. Ce fort morcellement de la couverture sociale à l'époque coloniale, articulé à une organisation étroitement professionnelle et correspondant à des prestations de niveau très hétérogène, permettait à l'évidence au régime colonial de privilégier certains secteurs au détriment d'autres. Entre les différents régimes sous tutelle du Secrétariat d'Etat au Affaires Sociales, c'est-à-dire à l'exception de la CNMA (régime agricole sous tutelle du MARA) et de la CGRA (régime de retraite des fonctionnaires sous tutelle du Ministère des Finances), existe une compensation assurée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. On a ajouté à ce tableau le régime "émigration" qui concerne les familles des nationaux résidents à l'étranger qui bénéficient d'une convention en matière de sécurité sociale (France, Belgique, Tunisie, R.D.A.).

### **Tableau n° 1 : Risques couverts par la Sécurité Sociale**

Nature du "risque"	Type de prestation	
	En espèces	En nature
<b>Assurance sociale</b> Maladie Maternité Invalidité Décès	Revenus de remplacement - Indemnités journalières pour maladie ou maternité - Pension d'invalidité - Allocation décès	Remboursement de frais médicaux : médicaments sans analyses, appareillage, accouchement, hospitalisation, cures . . . - Prestations gratuites dans les centres médico-sociaux
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>	• Indemnités journalières • Pension	- Remboursement de frais de soins et de réadaptation
<b>Prestations familiales</b>	• Allocation pour enfant à charge ainsi que dans certains régimes : • Allocation pour conjoint à charge • Prime de scolarité	- Séjour en maisons familiales ou centres de vacances
<b>Retraites</b>	Pension directe ou de reversion	

**Tableau n° 2 : Organisation de la sécurité sociale au 30/03/1983**

Tutelle	Régimes existants au 30/03/1983	Nombre d'assurés en 1982
<b>SECRETARIAT D'ETAT AUX AFFAIRES SOCIALES</b>	Régime général • Caisses régionales : les CASOR • CAAV : Caisse Vieillesse à compétence nationale • Caisse nationale de sécurité sociale	1.896.000
"	Régime des fonctionnaires (les mutuelles dans les secteurs où elles existent gèrent les prestations d'assurance sociale)	402.000
	Régime des Mines	32.000
	Régime des gens de mer	18.500
	Régime SONELGAZ	23.000
	Régime SNTF	18.000
	Régime des non-salariés non agricoles	326.000
	Emigration (convention de réciprocité)	150.000
<b>MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA REVOLUTION AGRAIRE</b>	Régime agricole (Autogestion, CAPAM, R.A., et Offices Agricoles)	466.000
<b>MINISTERE DES FINANCES</b>	CGRA (gère la retraite des fonctionnaires)	
<b>Nombre total d'assurés résidents :</b>		<b>3.181.000</b>

**Source :** Enquête personnelle.

### III – Les assurés

Entre 1970 et 1980, le nombre des assurés sociaux à titre personnel a triplé, passant de 906.000 à 2.829.000 et si l'hypothèse de plein emploi se réalisait il dépasserait 6 millions en 1990. C'est dire qu'une partie de plus en plus importante de la population en bénéficie directement.

## **1 – Les catégories de bénéficiaires (tableau 3.1.)**

Certaines catégories d'assurés bénéficient de l'ensemble des prestations : les salariés non agricoles, les fonctionnaires et agents des collectivités locales (dont une partie des prestations ne transite pas par un organisme de sécurité sociale mais est versée directement par l'employeur), les travailleurs de l'autogestion et des CAPAM (coopératives d'anciens moudjahidine). Pour ces dernières catégories, le droit aux prestations familiales n'a débuté qu'en 1971 et à un taux très bas. Nous y reviendrons par la suite. Le reste des salariés agricoles et les attributaires de la R.A. bénéficient de certaines prestations seulement. Les travailleurs non salariés non agricoles, outre la retraite et les prestations en nature d'assurance sociale, sont couverts pour les risques invalidité et décès. Les indépendants agricoles ne bénéficient d'aucune protection de même que les actifs sans travail, si ce n'est l'accès à la médecine gratuite qu'on peut assimiler à une prestation sociale.

Une partie des inactifs bénéficient à titre personnel de certaines prestations sociales : les étudiants et élèves des centres de formation, les titulaires de pensions, les veuves non remariées d'un assuré social... Enfin les enfants à charge d'un assuré (enfants de moins de 17 ans ou ceux de moins de 21 ans qui poursuivent des études), ainsi que le conjoint à charge et plus récemment les ascendants à charge peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à titre d'ayant droit. Ainsi, en 1980, tous les occupés du secteur non-agricole et leurs ayants droit bénéficient au moins de l'assurance sociale. Par contre, environ 1/3 seulement des occupés du secteur agricole en bénéficie.

## **2 – Nombre d'assurés sociaux**

Au total donc actuellement près des 2/3 de la population bénéficient de l'assurance sociale (tableau 3.2.).

Avec la refonte, le bénéfice des prestations s'étendra à l'ensemble de la population occupée y compris les travailleurs partiellement occupés. De ce fait elle couvrira à terme la quasi-totalité de la population.

<b>Tableau 3.2. : Nombre de bénéficiaires de l'Assurance Sociale (en 10<sup>3</sup>)</b>			
	1980	1981	1982
<b>Bénéficiaires à titre d'assuré</b>			
• Régime général	1.595	1.920	1.896
• Régime des fonctionnaires	370	388	402
• Régimes spéciaux	80	86	91
• Régime agricole	481	466	466
(dont offices)	(118)	(116)	(111)
• Régimes des non-salariés	313	311	(326)
<b>TOTAL ASSURES</b>	<b>2.839</b>	<b>2.971</b>	<b>3.181</b>
dont inactifs (estimation)	(296)	(321)	(366)
Bénéficiaires au titre d'ayants droit (estimation)	8.000	8.300	8.500
<b>TOTAL BENEFICIAIRES</b>	<b>10.800</b>	<b>11.300</b>	<b>11.700</b>
<b>Population totale</b>	<b>18.969</b>	<b>19.584</b>	<b>20.220</b>
% Assurés	57 %	58 %	58 %
<b>Population active</b>	<b>3.820</b>	<b>3.966</b>	<b>4.119</b>
% Assurés	66 %	67 %	68 %
<b>Population occupée</b>	<b>3.150</b>	<b>3.270</b>	<b>3.220</b>
• non agricole	2.180	2.310	2.460
• agricole (équivalent plein emploi)	970	960	960
Sans travail (équivalent plein emploi)	670	696	699

### 3 – Les bénéficiaires des prestations familiales et de retraites (tableau 3.3.)

Les prestations familiales sont versées aux salariés du secteur non-agricole, aux fonctionnaires et aux travailleurs de l'autogestion et des CAPAM. Au total, 40 % environ des enfants de 0 à 17 ans en bénéficient. Le nombre des retraités croît rapidement mais un tiers seulement de la population masculine en âge d'en bénéficier dispose d'une pension.

4 – On peut remarquer, en conclusion de cette présentation, que malgré une extension certaine des personnes protégées, le système

de sécurité sociale garde dans notre pays un caractère résolument professionnel, que le projet de refonte ne remet pas en cause. C'est dire qu'il laisse hors de la protection certaines catégories d'inactifs (aveugles, handicapés) progressivement pris en charge par un système d'assistance, mais aussi les actifs sans travail.

Un seul risque est couvert de manière universelle : le risque maladie. L'instauration de la médecine gratuite a opéré le passage d'un système mixte assurance/assistance, à un système universel, limité il est vrai au secteur public de santé. Mais cette mesure s'est réalisée sans que se modifie le fonctionnement antérieur de la sécurité sociale dans le domaine de la santé, ce qui n'est pas sans poser de problèmes.

**Tableau 3.3 : Prestations familiales : Nombre d'enfants bénéficiaires (en 10<sup>3</sup>)**

	1980	1981	1982
Salariés non agricoles	2.600	2.750	2.950
Fonctionnaires et coll. locales (estimation)	680	713	739
Travailleurs agricoles	358	355	682 (1)
<b>Nombre total d'enfants bénéficiaires</b>	<b>3.638</b>	<b>3.818</b>	<b>4.371</b>
Nombre total d'enfants de 0 à 16 ans	9.429	9.689	9.950
<b>% enfants bénéficiaires</b>	<b>38 %</b>	<b>39 %</b>	<b>44 %</b>

(1) Y compris les travailleurs des offices.

**Retraites et pensions de vieillesse : Nombre de bénéficiaires (en 10<sup>3</sup>) (évaluation)**

	1980	1981	1982
Nombre de pensions directes	138	161	190
Nombre de pensions de reversion	23	28	35
<b>Nombre total de retraités</b>	<b>161</b>	<b>189</b>	<b>225</b>
Population masculine de plus de 60 ans	483	497	510
<b>% de retraités = <math>\frac{\text{retraite directe}}{\text{pop. masc. + 60 ans}}</math></b>	<b>29 %</b>	<b>32 %</b>	<b>37 %</b>

## 2ème Partie : Les opérations de sécurité sociale

L'intérêt de cette partie, pourtant centrale, de notre étude se trouve fortement limité du fait de la faiblesse des informations statistiques disponibles. En particulier, l'analyse de la répartition des prestations de la sécurité sociale entre les différents groupes sociaux est impossible. Il a été seulement possible dans certains cas de comparer les prestations moyennes des assurés des différents régimes.

L'informatisation, en cours, des opérations de sécurité sociale devrait permettre à l'avenir de fournir les éléments d'une analyse plus fine, à condition toutefois que les données soient publiées.

## **I – Les recettes de sécurité sociale**

Il est fait légalement obligation aux employeurs et aux salariés ainsi qu'aux non-salariés du secteur non agricole d'adhérer à la sécurité sociale et de payer des cotisations. Ces cotisations constituent l'essentiel des recettes de sécurité sociale, il n'y a pas de contribution de l'Etat à ces recettes. Depuis 1978, les recettes de sécurité sociale apparaissent comme parafiscalité dans la loi des finances. Cette assimilation, si elle peut paraître instillée au plan juridique, n'est pas habituelle et a été controversée. L'UGTA notamment a exprimé la crainte de voir se renforcer le contrôle de l'État sur l'utilisation des fonds de la sécurité sociale.

### **1 – Assiette des cotisations**

Les cotisations sont assises sur le salaire. Une part est à la charge des salariés et une part à la charge des employeurs. Le salaire soumis à cotisation est limité par un plafond dont le montant est actuellement de 2.000 DA/mois (les cotisations de retraites des fonctionnaires font exception : elles sont assises sur la totalité du salaire). Sauf pour ce cas particulier on remarque que, au contraire de l'impôt, les cotisations sont proportionnelles au salaire jusqu'à 2.000 DA et dégressives au-delà.

### **2 – Les taux de cotisation**



Les taux de cotisation diffèrent notablement selon les régimes, et le tableau se complique encore si on introduit les régimes complémentaires d'assurance volontaire. On peut simplement souligner que, proportionnellement à leur revenu, les fonctionnaires cotisent plus (en part salariale) que les assurés du régime général qui à leur tour cotisent plus que ceux du régime agricole, encore que l'écart entre ces deux derniers régimes se soit réduit du fait de l'augmentation importante en 1982 des taux du régime agricole. Par ailleurs, l'effet de plafond joue globalement, compte tenu du niveau des salaires, beaucoup plus en faveur des salariés non agricoles que des salariés agricoles.

Ces disparités sont appelées à disparaître dans le cadre de la refonte. Il est prévu l'unification des taux de cotisation (avec probablement maintien à titre transitoire de taux minorés pour l'agriculture), la suppression des régimes complémentaires, et surtout le déplafonnement de l'assiette de cotisation.

### **3 – Volume des cotisations**

Le volume des cotisations est donc fonction du niveau de l'emploi et des salaires. Sous l'effet de ces deux paramètres, il a enregistré en dinars courants, une croissance annuelle de 21 % au cours des cinq dernières années (tableau 4.2.).

A titre de comparaison, on a indiqué dans le tableau le volume des recettes fiscales et de certaines dépenses de l'Etat. Les cotisations sociales sont égales à environ 15 % des recettes fiscales totales. Elles sont très largement supérieures à l'impôt sur le revenu hors fiscalité pétrolière (près de 180 % de cet impôt pour l'année 1980). Pendant la même année 1980, le montant des cotisations était égal à cinq fois celui du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé.

#### **Tableau 4.1. : Taux de cotisation**

	Taux global de cotisation	Part patronale	Part salariale
Salariés non agricoles — Régime général — Régime complémentaire	29,25 (1) 6	24,75 (2) 3	4,5 } 3 } 2,25
Régime fonctionnaire — CAMPES — CGRA	6,5 18	3,25 12	3,25 } 6 } 2,25
Régime agricole — Régime général (3) — Régime complémentaire (4)	21,5 11,5	17,5 6,5	4 5

(1) Ce taux constitue un taux moyen étant donné que les taux de cotisation pour accident du travail varient de 2 à 7 % selon la branche d'activité, la moyenne se situant à 5 % entièrement à la charge de l'employeur.

(2) Les cotisations sont destinées à la couverture des prestations en nature de l'assurance sociale. Les prestations en espèces et les prestations familiales sont versées directement par l'Etat.

(3) Non compris les cotisations d'accidents du travail dont le montant n'est pas assis sur les salaires.

(4) Le régime complémentaire agricole compte très peu d'adhérents (environ 2.000).

Cela montre l'importance de ces cotisations. C'est précisément l'importance de ces ressources qui font du contrôle des dépenses de sécurité sociale un enjeu important.

**Tableau 4.2. : Cotisation - Importance relative. Unité : 10<sup>6</sup> DA**

	1978	1979	1980	1981	1982
Cotisations sociales	5.561	6.907	8.033	9.646	11.923
Recettes fiscales totales	35.397	44.844	57.770	68.305	85.000
Impôt sur le revenu					
• Fiscalité pétrolière	17.365	26.516	37.658	46.180	56.829
• Contributions directes	3.984	5.152	4.547	3.830	5.972
Dépenses de fonctionnement des Administrations Publiques	17.575	20.090	26.789	36.195	42.238
dont Ministère de la Santé	1.099	1.204	1.606	2.044	2.517
Cotisations sociales / Recettes fiscales	16 %	15 %	14 %	14 %	14 %
Cotisations sociales / Contributions directes	140 %	134 %	177 %	252 %	200 %

## **II – Les dépenses de sécurité sociale**

1 – Les dépenses de sécurité sociale, telles qu'elles sont présentées par les organismes de sécurité sociale ou telles qu'elles apparaissent dans le volet "dépenses sociales des agents économiques", du Plan Annuel, présentent des différences significatives.

Les organismes de sécurité sociale incluent dans les prestations d'assurance sociale leur participation au financement des secteurs sanitaires. En effet, cette participation a pris historiquement la suite des remboursements effectués par la sécurité sociale aux hôpitaux pour les frais d'hospitalisation des assurés sociaux. Dès 1973, pour des raisons liées aux problèmes de gestion des hôpitaux, les remboursements ont laissé la place à un forfait, "le forfait hôpital" ; c'est toujours sous cette appellation que les organismes de sécurité sociale désignent leur participation au budget des secteurs sanitaires. Une modification importante est cependant intervenue depuis l'instauration de la médecine gratuite dans les unités du secteur public : la participation des organismes de sécurité sociale est fixée, annuellement dans le cadre de la loi de finances, ce qui répond davantage à un souci d'équilibre global des dépenses de l'Etat qu'elle ne renvoie à sa définition originelle de "remboursement".

Dans la présentation des opérations de sécurité sociale dans le plan annuel, sont désignés comme "excédents" toutes les recettes de sécurité sociale qui ne sont pas affectées à la couverture des prestations stricto sensu c'est-à-dire n'incluant ni la participation au financement de la médecine gratuite, ni les investissements de l'action sanitaire sociale et familiale (A.S.S.F.). Cette présentation limite le rôle de la sécurité sociale au versement des prestations, l'Etat exerçant un contrôle strict sur l'utilisation des excédents : fixation de la participation au financement des secteurs sanitaires dans la loi de finances, insertion des investissements de la sécurité sociale dans le cadre du programme général des investissements et application à la sécurité sociale des procédures courantes de conduite des

investissements publics (plan annuel 1983, p. 63).

## 2 – Volume et structure des dépenses

Le volume global des dépenses de sécurité sociale a cru plus fortement que la PIB (tableau 5.1.) passant de 2,7 % de la PIB en 1974 à 3,6 en 1978, 4,1 en 1980 et 5,2 en 1982 (ceci compte non tenu des investissements dont le volume prend en 1982 une grande importance).

<b>Tableau 5.1. : Évolution du volume des prestations sociales. Unité : 10<sup>6</sup> DA</b>									
	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Prestations Sociales	1.267	1.452	2.031	2.311	3.049	3.942	5.767	7.143	9.402
P.I.B.	47.592	49.975	60.734	72.752	85.599	109.888	138.290	66.500	80.000
% PS/PIB	2,7	2,9	2,3	3,2	3,6	3,6	4,1	4,3	5,2

Sources : Annuaire Statistique de l'Algérie et Plan Annuel 1983.

La structure de ces prestations s'est modifiée (tableau 5.2. et 5.3.). La part relative des prestations familiales s'est fortement réduite au profit des assurances sociales et surtout des retraites. Curieusement, cette évolution est la même que celle décrite dans les pays européens (et qui est mise en relation dans ces pays avec le vieillissement de la population et le faible taux de natalité). Dans notre pays il faut évoquer plutôt :

- l'accès récent à la retraite,
- l'amélioration du niveau des retraites,
- la stagnation du niveau des prestations familiales,
- le fort accroissement du financement des secteurs sanitaires et de remboursements de soins.

Nous allons maintenant examiner plus en détail le contenu et l'évolution des diverses prestations.

**Tableau 5.2. : Répartition des dépenses de sécurité sociale (sauf investissements). Unité : 10<sup>6</sup> DA**

	1981	1982	1983
Assurance sociale	1.519	1.902	2.195
Accidents de travail	288	408	430
Prestations familiales	1.755	2.334	2.430
Retraites	1.573	2.198	2.751
ASSF (Fonctionnement)	246	504	542
Participation à la médecine gratuite	1.410	1.800	2.102
<b>Total des dépenses (sauf investissements)</b>	<b>7.389</b>	<b>9.906</b>	<b>11.265</b>

Source : Sécurité Sociale.

**Tableau 5.3. : Structure des prestations de sécurité sociale**

RISQUE	ANNEE		1980		1981		1982	
	1969	1974	A	B	A	B	A	B
Assurance sociale	34,4	31,3	26,1	40,0	27,8	4,31	26,9	40,5
Prestations familiales	56,6	42,1	31,8	28,4	33,3	25,8	31,5	25,5
Retraites	7,6	18,3	28,3	22,5	29,6	23,2	30,1	24,0
Accidents du travail	1,3	2,1	3,2	4,2	54,1	4,3	4,5	4,5
<b>Total des prestations</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

A – Non compris la participation de la sécurité sociale à la médecine gratuite ("forfait hôpitaux") comptabilisée par la sécurité sociale dans les prestations d'Assurance.

B – Y compris le "forfait hôpitaux".

## 1 – Les prestations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès (tableau 6)

Le volume des prestations en espèces, non négligeable, représente 18 à 20 % du total des prestations alors qu'il ne concerne pas les assujettis au régime fonctionnaire. Les indemnités journalières représentent la part la plus importante de ces prestations, suivies par les allocations décès (12 mois de salaires versés à la veuve au décès d'un assuré social). Les pensions d'invalidité ont une importance moindre.

Dans les prestations en nature, on note l'importance énorme des remboursements de soins à l'étranger. Ils égalent en 1980 le 1/5 du

budget total des secteurs sanitaires et la moitié de la participation de la sécurité sociale à leur fonctionnement. Les autres remboursements sont, pour la plus grosse part, des remboursements de produits pharmaceutiques. Les médicaments prescrits par ordonnance sont remboursés aux assurées à 80 % de leur prix d'acquisition. Les remboursements des consultations privées sont effectués sur la base de 80 % des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, tarifs qui en principe s'imposent au praticien. Ces tarifs ont fait en 1982 l'objet d'une réévaluation.

**Tableau 6 : Volume des prestations d'assurance sociale.**  
Unité : 10<sup>6</sup> DA

	1980	1981	1982
Prestations en espèces	220	306	338
Prestations en nature	961	1.213	1.564
Soins à l'étranger	500	588	810
Autres remboursements	461	625	754
<b>Total des prestations</b>	<b>1.182</b>	<b>1.519</b>	<b>1.902</b>
Participation au financement des secteurs sanitaires	1.126	1.410	1.800

D'après le Plan Annuel 1983.

**Tableau 7 : Prestations en nature d'assurance sociale**  
**Montant annuel moyen des prestations par assuré selon le régime**

**7.1.: Ensemble des prestations en nature. Unité : DA**

	1968	1980	1981	1982
Régime agricole	50	145	137	176
Régime général	250	370	475	500
Régimes spéciaux	500	629	637	830
Régimes fonctionnaires	400	525	546	706
Régimes non-salariés	—	177	209	525
Prestation unitaire moyenne		338	408	491

**7.2. : Remboursement de soins à l'étranger. Unité : DA**

	1980	1981	1982
Régime agricole	65	45	82
Régime général	181	217	264
Régimes spéciaux	281	274	295
Régimes des fonctionnaires	303	293	410
Régimes des non-salariés	176	182	245
Remboursement unitaire moyen	176	198	255

Les tableaux 7.1. et 7.2. indiquent le montant moyen par assuré des remboursements effectués dans les différents régimes. L'écart, en 1981, entre le montant moyen des remboursements pour un assuré du régime agricole et pour un assuré du régime de fonctionnaire est de 1 à 4, le régime général se situant dans une position intermédiaire. Cet écart, notons-le, a diminué depuis 1968 où il était de 1 à 8. Quand on considère les soins à l'étranger, l'écart est encore plus marqué.

Ces écarts, bien évidemment, ne sauraient s'expliquer par un état de santé plus favorable pour les affiliés du régime agricole ; la situation est très exactement inverse. L'écart signifie simplement que l'existence d'un droit ne garantit pas l'exercice de ce droit.

## 2 – Les prestations familiales

Les prestations familiales ne semblent guère entretenir de relation avec le travail. Pourtant, dans notre pays, seuls les salariés en bénéficient, encore était-ce, jusqu'à récemment, de façon inégale selon les régimes (tableau 8).

<b>Tableau 8 : Evolution du montant mensuel de l'allocation par enfant à charge dans les différents régimes</b>					
	1962	1971	1974	1975	1982
Régime des fonctionnaires	40 (1)	40	40	40	40
Régime général	24	24	32	40	40
Régime agricole	0	15 (2)	24 (2)	24 (2)	40

(1) Le montant était double avant l'indépendance.

(2) Dans la limite de 4 enfants.

Il a donc fallu attendre 1971 pour que les assurés du régime agricole bénéficient de prestations familiales. Encore sont-elles réservées seulement aux travailleurs de l'autogestion et des CAPAM. De plus,

jusqu'à 1982, le nombre maximum d'enfants pouvant en bénéficier était limité à quatre dans ce régime.

L'unification actuelle des prestations familiales est encore incomplète : les fonctionnaires, outre l'allocation pour enfant à charge, bénéficient d'une allocation pour conjoint à charge et d'un supplément d'allocation pour les enfants de plus de 10 ans, les affiliés du régime général bénéficient pour leurs enfants de 6 à 17 ans d'une prime de scolarité de 25 DA/an.

Le montant actuel de l'allocation pour enfant à charge unifiée à 40 DA par mois est dérisoire par rapport au coût d'entretien d'un enfant.

En fait, les prestations familiales ont été, dès leur origine, considérées comme un instrument d'incitation nataliste. C'est la raison pour laquelle cette prestation n'avait pas été étendue à l'agriculture pendant la période coloniale. Pourtant le rôle incitatif des prestations familiales n'a pas vraiment été établi et moins encore le rôle désincitatif de leur non-attribution. Les travailleurs agricoles, bien que n'en bénéficiant pas, ont continué à avoir en moyenne plus d'enfants que les travailleurs non agricoles qui en bénéficiaient (et ce même à revenu égal, par exemple les manoeuvres). Mais l'illusion persiste et explique le niveau actuel très faible des prestations, ainsi probablement que le projet de leur remplacement par le fonds de l'enfance. La création du fonds national de l'enfance, prévue dans l'article 183 du Statut Général des Travailleurs, part du constat que, dans le système actuel d'attribution des allocations, rien ne permettait de contrôler que le montant alloué était utilisé au profit des enfants. Au contraire, le fonds en projet alimenté par le produit des allocations familiales sera consacré à la prise en charge des besoins prioritaires de l'enfance, l'objectif étant donc de remplacer par des prestations en nature les prestations en espèces servies jusqu'à présent. A priori, l'idée est séduisante mais pose cependant certaines questions. La notion de besoin est en effet socialement déterminée et la démonstration a été apportée dans d'autres sociétés que la politique sociale est, le plus



souvent inconsciemment, l'expression de la façon dont les groupes sociaux dominants considèrent l'évolution sociale. Le même phénomène se constate dans notre pays.

Pour définir ces besoins prioritaires nous utilisons nécessairement le schéma culturel du groupe social auquel nous appartenons. Le fonds de l'enfance ne risque-t-il pas de ce fait de détourner au profit de groupes particuliers des prestations qui sont actuellement réparties en fonction d'un critère aisément contrôlable et relativement équitable puisqu'il est fonction du nombre d'enfants à charge et non lié au revenu du salarié ?

### **3 – Les pensions de retraite**

Faute d'information statistique, il y a peu à dire à ce sujet. Le niveau des retraites dépend du revenu antérieur et du nombre d'années de travail. Il reproduit donc les inégalités des revenus de travail. Cependant le S.G.T. stipule qu'en aucun cas le niveau de la pension de retraite ne peut être inférieur au SNMG (article 196 du SGT), égal actuellement à 800 DA dans toutes les branches d'activité. Cette mesure, conforme aux orientations de la Charte, n'a pas encore fait l'objet de décret d'application. Malgré une revalorisation des retraites du régime général, le niveau moyen des retraites directes se situe à 600 DA par mois environ, le minimum est donc très inférieur au niveau préconisé.

### **4 – Les accidents du travail et les maladies professionnelles**

Toute personne, dès le moment où elle se trouve sous la dépendance d'un employeur, est couverte par la législation sur les accidents du travail. Cette législation prévoit une couverture assez large des risques. Mais sa mise en oeuvre n'est pas satisfaisante. Au plan des accidents du travail, il semble y avoir une importante sous-déclaration. En effet, les statistiques publiées soulignent le fait que 11 % seulement des employeurs ont déclaré (en 1978 comme en 1977) un accident avec arrêt, et que le nombre d'accidents avec arrêt pour

1000 salariés est beaucoup plus faible qu'il ne l'est par exemple en France et notamment dans le BTP ; ce qui semble peu vraisemblable. Les maladies professionnelles sont pratiquement ignorées faute de laboratoires susceptibles de procéder aux dépistages nécessaires mais surtout faute d'une véritable médecine du travail. Une étude[2] publiée par la caisse nationale de sécurité sociale, portant sur une centaine d'entreprises de grande taille (80 % d'entre elles ont plus de 200 salariés) a montré qu'aucun examen médical de dépistage n'avait été effectué en 1978 dans 83 % de ces entreprises, alors que la majorité d'entre elles (83 %) disposait de personnel médical attaché à l'entreprise et que plus de la moitié était équipée en matériel médical.

**Tableau 9 : Evolution des accidents du travail pour l'ensemble des régimes : général et minier (CASORAL, CASOREC, CASORAN, CASOMINES) ALGERIE 1970 - 1980**

ANNEE	Accidents déclarés		Accidents avec arrêt		Journées (1) indemnisées	Journées indemnisées par accident
	Nombre	Année 1970 = 100	Nombre	Année 1970 = 100		
1970	39.860	100,0	25.602	100,0	559.301	21,8
1971	41.013	102,9	30.481	119,1	717.803	23,5
1972	42.327	106,2	31.738	124,0	798.897	25,2
1973	47.465	119,1	36.381	142,1	805.161 (1)	22,1
1974	50.815	127,5	40.342	157,6	880.055 (1)	21,8
1975	55.837	140,1	45.305	177,0	962.675	21,2
1976	60.140	150,9	51.334	200,5	1.162.447	22,6
1977	65.110	163,3	55.959	218,6	1.293.526	23,1
1978	70.859	177,8	59.100	230,8	1.448.298	23,8
1979 (2)	80.324	201,5	...	...	...	...
1980 (2)	84.993	213,2	...	...	...	...

Source : Ministère de la Santé - Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Statistiques Nationales d'accidents du travail - 1978 - p. 13.

(1) Journées indemnisées du Régime Minier non comprises.

(2) Années 1979, 1980 : chiffres préliminaires.

**Tableau 10 : Financement de la médecine gratuite Unité : 10<sup>6</sup> DA**

	1974	1979	1982
— Financement sécurité sociale de dépenses des secteurs sanitaires	199	714	1.800
— Dépenses totales des secteurs sanitaires	847	1.340,5	3.795
— Dépenses totales de la sécurité sociale	1.267	4.122	9.906
— Financement sécurité sociale Dépenses des secteurs sanitaires	23,5 %	35,4 %	47,4 %
— Financement par la sécurité sociale des secteurs sanitaires Dépenses totales de la sécurité sociale	15,7 %	17,3 %	17,6 %

Ce tableau montre la part grandissante de la sécurité sociale dans le financement des secteurs sanitaires, 23,5 % en 1974, 47,4 % en 1982. Cependant la charge que représente pour la sécurité sociale le financement de la médecine gratuite relativement à l'ensemble de ses dépenses n'a pas énormément augmenté.

## 6 – L'action sanitaire sociale et familiale (ASSF)

Le champ d'intervention de l'Action Sanitaire Sociale et Familiale, fixé par le décret 70-116 du 1er Août 1970, est assez étendu mais la faible quote-part des recettes qui lui étaient théoriquement dévolues indique la place secondaire qu'elle devait occuper. Si l'intervention de la sécurité sociale dans ce cadre fait l'objet de vives controverses depuis quelques années, cela tient à 2 facteurs. D'une part l'ASSF a abouti à la mise en place de structures sanitaires qui ont pu être considérées comme "concurrentes" des structures sanitaires publiques depuis l'avènement de la médecine gratuite ; d'autre part la sécurité sociale a affecté à ces actions une partie importante des volumineux excédents qui servent donc actuellement à financer un vaste programme d'action socio-sanitaire (tableau 11). La CGRA, notons-le, bien que disposant d'excédents importants ne participe pas au financement de l'ASSF. Le Ministère des Finances qui assure la tutelle de cette caisse considère ces excédents comme une épargne institutionnelle qui est convertie en bons du Trésor. Le régime agricole, déficitaire, a réduit au maximum son intervention dans le domaine social, et par ailleurs la totalité des équipements sanitaires dont disposait la CNMA a été

remise au Ministère de la Santé après l'instauration de la médecine gratuite.

<b>Tableau 11.1. : Les investissements de la Sécurité Sociale</b>					
	1978	1979	1980	1981	1982
Excédents avant investissement (Dont CGRA)	2.013 (520)	2.353 (600)	1.371 (689)	2.784 (712)	2.924
Dépenses d'investissement de la sécurité sociale	169	148	393	427	510 (1)
Dépenses d'investissements du Ministère de la Santé Publique	372	398	404	431	401 (1)

D'après le Plan Annuel 1983

(1) Prévision de réalisation.

## **7 – Les infrastructures de sécurité sociale (tableau 11.2)**

En dehors des infrastructures administratives (centres payeurs et caisses) le patrimoine de la sécurité sociale est surtout important dans le domaine sanitaire. Les premières unités de soins, datant d'avant l'indépendance, ont représenté pour les travailleurs une alternative radicale face à la médecine libérale de l'époque. L'extension du nombre de ces unités est cependant récente : le nombre des centres médico-sociaux (CMS) est passé de 19 en 1977 à 90 en 1980 et à 159 en 1982. Au total, en 1982, 196 unités sanitaires de la sécurité sociale sont en fonctionnement auxquelles s'ajoutent 5 centres d'appareillage et 11 ateliers de lunetterie. Les infrastructures familiales, quoique moins importantes, commencent à se multiplier.

Au centre familial de Ben Aknoun longtemps unique, s'ajoutent, en 1982, cinq autres centres familiaux de vacances. Les premières crèches et jardins d'enfants de la sécurité sociale ont été réalisés au début de la décennie. En 1982, il y en avait 15 en fonction. L'effectif du personnel dans ces différentes unités s'élève à 18.000 personnes dont 680 médecins et 1.700 para-médicaux.

D'autres infrastructures plus spécialisées commencent aussi à se réaliser. Elles répondent moins directement à des besoins des travailleurs mais se situent dans des secteurs où les équipements faisaient défaut. Cette orientation témoigne de la capacité de la sécurité sociale à innover mais elle pose cependant le problème de sa finalité. Est-ce le rôle des caisses de sécurité sociale de réaliser et ensuite de gérer des établissements ?

<b>Tableau 11.2. : Evolution des infrastructures de la sécurité sociale 1967 - 1982</b>				
	1967	1977	1980	1982
<b>Infrastructures sanitaires</b>	<b>7</b>	<b>33</b>	<b>119</b>	<b>212</b>
• C.M.S.	4	19	90	159
• Cliniques	2	4	6	9
<b>Infrastructures familiales</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>21</b>
• Centre familial	1	1	2	6
• Crèches et Jardins d'enfants	—	—	2	15
<b>Infrastructures spécialisées</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>21</b>
<b>Infrastructures administratives</b>	<b>34</b>	<b>69</b>	<b>230</b>	<b>307</b>
• Centres payeurs	24	50	198	268
• Caisses de Sécurité Sociale	10	19	32	39

Source : secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales (Document non publié).

### **3ème Partie : Quelques problèmes posés par la sécurité sociale**

La conclusion de cette étude sera une amorce de réflexion sur trois points : le caractère redistributif de notre système de sécurité sociale, les raisons des retards du secteur agricole en matière de prestations et les problèmes liés à la coexistence en matière de soins d'une couverture universelle et gratuite dans le secteur public et d'un système d'assurance.

#### **I – Notre système de sécurité sociale est-il redistributif ?**

L'écart entre les revenus des individus appartenant à des groupes sociaux différents a-t-il tendance à augmenter ou à se réduire suite aux opérations de sécurité sociale ? Avant d'esquisser quelques éléments de réponse, on fera deux remarques.

– En premier lieu, il faut noter que le rôle assigné aux prestations n'est pas d'assurer une redistribution verticale, mais de socialiser certains risques. Ainsi s'opère une redistribution "horizontale" des biens portants vers les malades, des célibataires vers les chargés de famille et des occupés vers les retraités.

– En second lieu, la question des effets redistributifs du système de sécurité sociale pose le problème de savoir qui, en réalité, supporte les charges. Les cotisations, on l'a vu, sont légalement à charge pour une part de l'employeur, pour l'autre part du salarié. Mais, ne s'agit-il pas d'une fiction légale ? On peut en effet considérer, et c'est un point de vue constamment défendu par l'UGTA, que la totalité des cotisations représente une part différée du salaire. Mais les cotisations représentent aussi une charge incluse dans les frais de personnel et donc à charge de l'employeur et on pourrait se demander dans quelle mesure cette charge ne peut pas être répercutée au moyen des prix de production sur l'ensemble des consommateurs. Ces possibilités de glissement mériteraient d'être étudiées.

Outre ce problème théorique, le manque d'informations statistiques détaillées interdit d'établir un bilan de "qui paye et qui reçoit". On peut simplement indiquer quelques éléments de réponse à la question posée.

– Les cotisations sont proportionnelles au revenu jusqu'au plafond et moins que proportionnelles pour les revenus supérieurs à 2000 DA par mois, au contraire des impôts qui ne pèsent pas sur les plus bas revenus et qui sont progressifs.

– Les revenus de remplacement, indemnités journalières et pensions dépendent des revenus de travail et reproduisent donc, le cas

échéant, les inégalités de la distribution primaire. De plus les travailleurs dont le métier est pénible et souvent mal rémunéré, jouissent moins longtemps de leur retraite que les autres travailleurs du fait de leur moindre longévité.

– Les prestations familiales ne dépendent pas du revenu, mais leur bas niveau est loin de compenser la charge d'entretien des enfants. Les groupes sociaux ayant de nombreux enfants et qui se trouvent être les moins favorisés économiquement auront un revenu par tête réduit par l'importance des charges familiales non compensées.

– Les prestations en nature répondent en principe à un besoin. On a vu cependant que certains groupes (les fonctionnaires) en bénéficient beaucoup plus que d'autres (les agriculteurs).

– Les chômeurs ne bénéficient d'aucune prestation. La convergence de ces tendances antiredistributives est suffisamment éloquente. On notera cependant que certains facteurs mentionnés vont être supprimés (le plafond des cotisations) ou réduits (fixation d'un minimum pour les pensions) par les lois de refonte. On remarque aussi que les écarts dénoncés ont tendance à se réduire. Enfin la décentralisation par Wilaya des caisses de sécurité sociale peut opérer un rapprochement avec les assurés et une meilleure accessibilité.

## **II – Les retards en matière de prestations sociales du secteur agricole**

On l'a vu, ce retard est multiple :

– Au plan des personnes couvertes, seuls sont assurés les travailleurs du secteur public et des coopératives.

– Au plan des prestations servies, les allocations familiales n'ont été accordées qu'à une date récente. Les maladies professionnelles et accidents du travail continuent de relever d'un système d'assurance

proprement dit.

– En ce qui concerne le montant des prestations, on note l'uniformisation récente (1981) et incomplète des prestations familiales ainsi que le faible niveau des prestations en nature en relation avec un processus cumulant une mauvaise couverture sanitaire en milieu rural, la complexité du mode de remboursement pour une population fortement analphabète et une plus faible propension à se faire soigner.

Pourtant l'objectif de réduction des disparités ville-campagne et l'amélioration du niveau de vie dans les campagnes a été constamment affirmé dans notre politique de développement. Or d'une part les revenus de travail de l'agriculture, du fait notamment de la faible productivité de ce secteur et de l'existence d'une main-d'oeuvre pléthorique, n'ont jamais atteint un niveau comparable à celui des autres secteurs, et d'autre part les prestations sociales sont restées elles aussi largement inférieures. Comment expliquer ce décalage ? On peut faire trois remarques :

1 – Les disparités relevées constituent un phénomène hérité de la période coloniale et on a assisté au cours des 20 années d'indépendance à une certaine réduction de ces inégalités, au moins en ce qui concerne les prestations sociales.

2 – La persistance, malgré tout, de ces inégalités est le signe des interdépendances de l'économique et du social. La sécurité sociale n'opère pas une rupture avec le mode de production, elle contribue à reproduire la force de travail. L'accent mis sur l'industrialisation a sa traduction aussi dans le niveau des prestations sociales : les revendications des travailleurs de l'industrie, elles-mêmes liées au niveau de leur revenu primaire ont été plus élevées et mieux satisfaites.

3 – On peut se demander si le caractère urbain et industriel des forces qui ont été à l'origine de l'adoption du système moderne de sécurité



sociale n'a pas induit une formulation des besoins couverts, plus conforme à la culture et aux valeurs des travailleurs urbains qu'à celle des travailleurs agricoles et de la paysannerie.

### **III – Coexistence d'un système universel et d'un système d'assurance en matière de santé**

La médecine est gratuite dans le secteur public de soins mais est financée en partie par la sécurité sociale. Celle-ci rembourse en effet aux assurés la majeure partie de leurs dépenses de soins privés. Cette situation pose deux problèmes majeurs :

– La non-exhaustivité des personnes couvertes par le système d'assurance pose un problème de justice sociale. Le droit aux soins étant posé, l'obstacle financier que peut présenter pour les non-assurés sociaux l'accès aux praticiens et aux autres structures de soins privées est-il acceptable ? La couverture non exhaustive par le système d'assurance risque par ailleurs de fausser la signification d'une carte sanitaire qui inclut naturellement les cabinets privés.

– La dissociation entre le décideur (qui peut s'assimiler au Ministère de la Santé) et le payeur (la sécurité sociale) en matière de politique sanitaire présente un certain nombre d'inconvénients :

- Mauvaise prise en compte par le décideur de l'aspect coût : minimisation du coût de la pratique libérale dans la mesure où elle est largement financée par la sécurité sociale au contraire de la médecine publique.

- Pratique abusive de prise en charge des malades à l'étranger au lieu de réorganiser les modalités de leur prise en charge par les structures nationales.

- Impossibilité pour le payeur de réduire ses dépenses par la mise en oeuvre par exemple de programmes de prévention...

Une solution, proposée dès la mise en oeuvre de la médecine

gratuite, consisterait à fiscaliser les dépenses de santé. Cette solution, outre l'avantage d'unifier décideur et payeur permettrait aussi une répartition plus équitable des charges dans la mesure où l'impôt a un caractère plus largement redistributif que les cotisations.

Mais la fiscalisation des dépenses sanitaires nécessiterait une augmentation très notable des impôts. En effet le montant de la participation de la sécurité sociale au financement de la médecine gratuite, augmenté des prestations en nature d'assurance sociale représentait en 1980, 10 % de la fiscalité non pétrolière et 46 % de l'impôt sur le secteur. Leur prise en charge par l'Etat aurait nécessité d'augmenter de 8 % le budget de l'Etat et de 129 % celui du Ministère de la Santé. Un problème de faisabilité se pose donc quand on envisage la fiscalisation des dépenses de santé.

## **ADDITIF**

L'article sur le système de sécurité sociale était déjà à l'imprimerie, quand ont été publiées les lois instituant la refonte de la sécurité sociale<sup>[3]</sup>. Ces lois portent sur l'ensemble du domaine couvert par la sécurité sociale à l'exception des prestations familiales. On présentera ici un bref résumé des principales modifications qu'elles apportent par rapport au système antérieur.

### **1 – Principes généraux**

Le nouveau système instauré par ces lois est fondé sur deux principes :

- l'unification des régimes : chacune des lois sur les assurances sociales, la retraite et les accidents du travail et maladies professionnelles instaure un régime unique pour tous les travailleurs – à l'exception toutefois des militaires et assimilés.
- l'uniformisation des avantages pour tous les travailleurs, les mesures particulières, en matière de retraite notamment, prises en

faveur de certaines catégories telles les moudjahidines[4], les travailleurs exerçant des tâches particulièrement pénibles[5], les femmes travailleuses[6], les attributaires de la révolution agraire[7], ou les cadres supérieurs de la nation[8] se justifient par les caractéristiques spécifiques de ces catégories. L'uniformisation des avantages est renforcée par l'interdiction faite aux employeurs de verser à leurs employés des compléments aux prestations instituées, sous quelque forme que ce soit[9] et par l'interdiction de créer des caisses de retraite complémentaires[10].

## **2 – L'élargissement du nombre des bénéficiaires**

Ces lois généralisent à tous les travailleurs salariés et non salariés le bénéfice de la sécurité sociale. De ce fait, les indépendants agricoles bénéficient désormais des prestations en nature d'assurance sociale, de l'assurance invalidité, de l'allocation décès et de la retraite[11]. Les coopérateurs de la Révolution Agraire ont accès à la retraite[12] et aux prestations d'accident du travail. Les handicapés ont droit aux prestations en matière d'assurance sociale.

La qualité d'ayant droit a été élargie : [13]

Le conjoint (et non le conjoint à charge sauf en matière d'assurance sociale), les enfants de moins de 18 ans (au lieu de 17 ans précédemment), ceux jusqu'à 21 ans qui poursuivent des études ou sont en apprentissage, les enfants handicapés dans l'incapacité de travailler, les personnes du sexe féminin sans revenu quel que soit leur âge, enfin les ascendants à charge bénéficient de la qualité d'ayant droit. Dans le nouveau système, au total, les seuls exclus sont les chômeurs.

## **3 – Les prestations**

En règle générale leur niveau a été amélioré et les conditions pour en bénéficier ont été assouplies, tandis que le type de prestations servies est resté pratiquement inchangé.

Les améliorations sont nombreuses, le niveau des prestations ayant été, dans la plupart des cas, aligné sur celui du régime le plus avantageux. Les plus importantes concernent les pensions<sup>[14]</sup> : le montant est calculé sur la base de 2,5 % du salaire moyen de la dernière année de travail ou des trois meilleures années, par année de travail validé dans la limite de 80 % du salaire net. Mais surtout le minimum, tant pour les pensions déjà liquidées que pour les nouvelles est égal au salaire national minimum garanti. La pension de réversion s'élève à 75 % minimum de la pension directe alors qu'elle était de 50 % auparavant. Enfin la pension est réévaluée en fonction de l'évolution du point indiciaire servant de base au calcul du salaire de base des travailleurs.

En matière d'assurance maladie on note peu d'améliorations, si ce n'est la possibilité qui est ouverte de la généralisation du tiers payant par conventionnement des praticiens, des établissements privés de soins et des officines pharmaceutiques publiques et privées.

Le congé de maternité indemnisé à 100 % a été porté à 14 semaines. Quelques restrictions par rapport aux avantages antérieurs peuvent être notées :

– les médicaments seront remboursés au taux maximal de 80 %. Ce qui laisse entendre que certains seront remboursés en deçà de ce taux.

– le taux des indemnités journalières versées en cas de maladie est égal à 50 % du salaire pendant les 15 premiers jours, ce qui constitue pour les fonctionnaires un recul par rapport à la situation actuelle où l'indemnité journalière est de 100 % dès le premier jour.

#### **4 – Les investissements et la participation au financement des secteurs sanitaires**

L'article 92 de la loi 83-11 sur les assurances sociales stipule que les organismes de sécurité sociale entreprennent en vue de faire

bénéficier les travailleurs et leurs ayants droit de prestations collectives, des actions sans faire de réalisations à caractère sanitaire et social, dans le cadre du plan annuel et conformément aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Ainsi les investissements des organismes de sécurité sociale sont soumis désormais aux mêmes règles que les autres investissements quoiqu'ils soient les seuls investissements sociaux financés sur fonds propre.

Le montant de la participation des organismes de sécurité sociale au financement des secteurs sanitaires est fixé, précise la Loi (article 65, loi 83-11) :

- par décret pris sur le rapport conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.
- en liaison avec la loi de finances.
- en fonction de l'évolution du coût de la santé et du nombre des assurés sociaux.

Cette formule représente un compromis entre les préoccupations d'assurer l'équilibre global du budget de l'Etat et de conserver un lien entre financement forfaitaire et dépenses de soins occasionnées par les assurés sociaux.

Le nouveau système de sécurité sociale se traduit pour la quasi-totalité des travailleurs par des améliorations importantes. L'uniformisation des avantages ne se réalisera pleinement qu'en relation avec la mise en oeuvre d'une grille nationale des salaires équitable et d'autre part l'accessibilité égale pour tous aux divers avantages prévus dans ces lois.

## **Bibliographie**

AKKACHE AHMED "Les aspects sociaux du développement" in Revue Algérienne du Travail n° 13 1974 p. 17 à 31

ADOPH P. "Le financement de la protection sociale" in Revue d'économie politique n° 6 Nov. Déc. 1979

DELEECK H. "L'effect Matthien" in Droit Social n° 11 Nov. 1971 p. 375 à 383

DELEECK H. "Sécurité Sociale et Redistribution des revenus" in Problèmes économiques n° 1.512 2 mars 1975

PADIE R. "Réflexion sur l'effet redistributif des transferts sociaux" in Economie et société n° 143 Avril 1982 p. 45 à 57

PERRIN G. "La Sécurité Sociale au passé et au présent" in Revue Française des Affaires Sociales n° 1 Janvier-Mars 1979 p. 87 à 132

CAISSE           NATIONALE           DE           SÉCURITÉ           SOCIALE  
**Cahiers           de           la           Sécurité           Sociale**  
n°           1           Les           prestations           familiales  
n° 2 La réparation et la prévention des accidents travail

CAISSE           NATIONALE           DE           SÉCURITÉ           SOCIALE  
Statistiques nationales d'accidents de travail Algérie 1978

CAISSE           NATIONALE           DE           SÉCURITÉ           SOCIALE  
Etude sur la sécurité et l'hygiène de travail dans quelques entreprises – Algérie 1977-1978

CAISSE           NATIONALE           DE           SÉCURITÉ           SOCIALE  
Evolution des Accidents du Travail Algérie 1970-1980

CAISSE           NATIONALE           DE           SÉCURITÉ           SOCIALE  
La Sécurité Sociale en Algérie Polycopie 130 p.

MINISTÈRE DE LA PLANIFICATION ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Plan annuel 1983

Grandes Orientations et équilibres généraux de l'Economie.

## Notes

---

**[\*]** Chercheur au CREA.

**[1]** Les comparaisons entre l'Algérie et les pays d'Europe sont délicates à établir du fait que les nomenclatures diffèrent. Cependant pour 1980 la part des prestations sociales dans le revenu disponible des ménages se situait en Europe entre 26 % et 46 % (34,5 % en France).

**[2]** CNSS. Etude sur la Sécurité et l'hygiène du travail dans quelques entreprises - Algérie 1977-1978.

**[3]** Loi n° 83-11 du 2 Juillet 1983 relative aux assurances sociales.  
Loi n° 83-12 du 2 Juillet 1983 relative à la retraite.  
Loi n° 83-13 du 2 Juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Loi n° 83-14 du 2 Juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale.

Loi n° 83-15 du 2 Juillet 1983 relative au contentieux en matière de sécurité sociale.

**[4]** Loi 83-12, articles 20 à 29.

**[5]** Loi 83-12, article 7.

**[6]** Loi 83-12, article 8.

**[7]** Loi 83-12, article 61.

**[8]** Loi 83-12, article 65.

**[9]** Loi 83-11, articles 86 et 87.

**[10]** Loi 83-12, article 55.

**[11]** Etant donnée l'absence de dispositions prévoyant la validation des années de travail antérieures à la date d'entrée en vigueur de la loi, l'accès effectif à la retraite ne débutera qu'en 1999 après 15 ans de travail validés. Toutefois à compter de 1989, les travailleurs âgés de plus de 65 ans auront droit à une allocation de retraite égale au S.N.M.G. (articles 47 et 58 de la loi n° 83-12).

**[12]** La validation gratuite des années de travail antérieures à l'entrée en vigueur de la loi est prévue (Loi 83-12, article 61).

**[13]** Loi n° 83-11, article 67 et Loi n° 83-12, article 31.

**[14]** Certains régimes de retraite complémentaire, supprimés dans la Loi, pouvaient être plus avantageux que le nouveau régime instauré.