

¹Loi n° 11-08 du 5 juin 2011, *J.O.* n° 32 du 08 juin 2011.

² Cf. G. Graba et M. N. Koriche, « Transition et protection sociale en Algérie : rupture ou continuité ? » in *Bulletin de droit comparé du travail et de sécurité sociale*, 2010, COMPTRASEC, Bordeaux, pp. 21-41, et G. Graba et M. N. Koriche, « Sécurité sociale en Algérie : des aménagements ponctuels, sans véritable réforme », *Revue de Droit Comparé du Travail et de la Sécurité Sociale*, 2011/1, COMPTRASEC, Bordeaux, pp. 13-21.

En Algérie, l'actualité juridique a été marquée durant le premier semestre de l'année 2011 par la promulgation d'une loi ayant pour objet de modifier et de compléter une loi de 1983 relative aux assurances sociales¹. Les modifications et compléments apportés sont nombreux, mais on se limitera ici à examiner quelques uns d'entre eux parmi les plus significatifs. On observera que les pouvoirs publics continuent à ne pas prendre l'initiative d'une réforme globale et en profondeur du système de Sécurité sociale².

I – L'élargissement de la liste des bénéficiaires des prestations en nature

Depuis 1983, la loi fait bénéficier des prestations en nature des assurances sociales différentes catégories de personnes qui n'ont pas vocation à être des assurés sociaux au titre d'une activité professionnelle en tant que salariés ou travailleurs pour leur propre compte. La liste des bénéficiaires a été élargit en 1996 aux personnes « défavorisées et démunies » bénéficiant du soutien de l'État. La loi nouvellement promulguée vient de poser comme règle générale que la liste pourrait s'élargir encore davantage à d'autres catégories particulières, tout en laissant le soin de leur désignation à la voie réglementaire. Ces nouvelles dispositions posent un problème de cohérence juridique : il y aurait des catégories de bénéficiaires de la Sécurité sociale désignées par la loi, et d'autres catégories désignées « par la voie réglementaire ».

II – La reconnaissance de la qualité d'ayant droit

En droit de la Sécurité sociale, la tendance est à la généralisation de la reconnaissance de la qualité « d'ayant droit » en rapport avec une conception assez large de la famille. Ainsi, cette qualité est reconnue au conjoint de l'assuré qui n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée, aux enfants (selon différentes conditions d'âge et de situations : scolarité, apprentissage, état de santé) et aux ascendants de l'époux et de l'épouse, lorsque leurs ressources ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite. À ces catégories s'ajoutent les enfants et les collatéraux à charge, de sexe féminin, quelque soit leur âge, à condition qu'elles soient « sans revenu ». Ainsi les filles, les sœurs et les nièces de l'assuré social peuvent être protégées en bénéficiant des prestations en nature, lorsqu'elles ne sont pas assurées elles-mêmes du fait de l'exercice d'une activité rémunérée. La loi nouvellement promulguée vient de conforter cette protection en levant la condition « sans revenu ». La loi reste imprécise, mais il semble que la reconnaissance de cette qualité ne bénéficiera qu'aux personnes désignées par ce lien de parenté qui sans être sans revenu, n'auraient qu'un revenu assez bas (non encore défini) pour justifier qu'elles bénéficient par ce biais d'une protection relativement renforcée.

III – Le contrôle des arrêts de travail

La loi de 1983 est complétée par de nouvelles dispositions qui prévoient désormais que la Caisse de sécurité sociale doit notifier à l'employeur toutes les décisions relatives aux demandes d'indemnisation des arrêts de travail du salarié. Selon l'exposé des motifs de la loi, cette mesure contribuerait à dissuader les travailleurs qui utilisent des certificats médicaux de complaisance. L'idée serait que, le cas

échéant, la décision de la Caisse de ne pas indemniser l'arrêt de travail vaudrait présomption que le certificat médical ordonnant cet arrêt est de « complaisance » et ainsi autoriserait l'employeur à considérer que l'arrêt de travail est irrégulier et justifie d'éventuelles sanctions disciplinaires. Cette démarche est tout à fait erronée au regard du droit. En effet, le refus éventuel de la Caisse d'indemniser un arrêt de travail peut avoir des motifs de droit qui ne mettent nullement en cause la validité au plan médical de l'arrêt de travail prescrit par le médecin traitant ; de plus, et surtout, en tout état de cause, même s'il venait à être établi de façon irréfutable que le certificat médical ordonnant l'arrêt de travail est de complaisance, il ne peut être considéré qu'il y a faute du travailleur susceptible d'être sanctionnée par l'employeur. Seul le médecin prescripteur engage sa responsabilité en délivrant un certificat prescrivant un arrêt de travail non justifié au plan médical. Ceci relève en droit plutôt de la fraude induisant un dommage à la Caisse de sécurité sociale. Par contre, le travailleur salarié ne peut être tenu pour responsable d'un acte fautif du médecin qu'il aura consulté. Seul le fait pour un travailleur de fournir un faux certificat médical (et non pas un certificat de complaisance) constitue une faute qui lui serait personnellement imputable. Il est certain que de nombreux litiges résulteront de l'application de cette nouvelle mesure.

IV – Le financement des assurances sociales

La loi est complétée pour mettre à la charge du Trésor public, dans deux cas, des prestations en espèces qui étaient jusque-là supportées par les cotisations des assujetties à la sécurité sociale. Dans un premier cas, le montant annuel d'une pension d'invalidité ne peut être inférieur à 75% du salaire national minimum garanti. Le différentiel entre le montant de la pension d'invalidité découlant des droits contributifs validés au titre de l'assurance invalidité et le montant minimum est désormais pris en charge par le budget de l'État. Dans un deuxième cas, le montant des soins en dehors des structures sanitaires publiques et celui des produits pharmaceutiques remboursables est réglé par l'assuré et remboursé par l'organisme de sécurité sociale sur la base de 80% des tarifs réglementés. Mais, pour certaines catégories d'assurés et dans certains cas ce taux est porté à 100%. Il est désormais prévu que lorsque cette dérogation bénéficie à des catégories particulières d'assurés auxquelles l'État accorde ce privilège, en raison de circonstances particulières, c'est le Trésor public qui assure les charges financières supplémentaires qui en résulteraient pour la Caisse de sécurité sociale. En dehors de ces cas anciennement prévus, il convient de relever que la loi de 1983 vient d'être complétée pour prévoir que des sources additionnelles, autres que les cotisations des assujettis à la sécurité sociale, pourront être mises à contribution pour le financement des dépenses d'assurances sociales. Pour autant, la loi ne donne aucune indication sur leur nature. Elles seront probablement fixées, chaque fois que de besoin, à l'occasion de l'adoption de la loi des finances par le Parlement.

Enfin, il peut être observé que cette loi prévoit un recours quasi systématique au règlement pour compléter ses dispositions et régler un nombre important de questions, alors que la Constitution fait de la Sécurité sociale un domaine du législateur.