

**HEALTH FINANCING, HEALTH CARE SPENDING AND SOCIAL SECURITY
IN ALGERIA DURING THE PERIOD 2002-2018**
**FINANCEMENT DE LA SANTE, DEPENSES DE SANTE ET SECURITE
SOCIALE EN ALGERIE DURANT LA PERIODE 2002-2018**

Abdelkader HAMADI

Chercheur au CREAD-ILIS, Université de Lille, France.
abdelkader.hammadi@gmail.com

***Aimad DATOUSSAID**

Laboratoire MIM, réseau Maghtech, Université Sidi Bel Abbes, Algérie.
datou_imad@yahoo.fr

Mostapha REDIF

Laboratoire MIM, Université Sidi Bel Abbes, Algérie.
redif.cur@gmail.com

Reçu le : 2020/05/12 **Accepté le :** 2020/10/27 **Publication en ligne le :** 2020/12/31

ABSTRACT: The gradual withdrawal of the Algerian government from financing healthcare during the 90s had been replaced by Social Security. Then, the latter's health care spending then increased steadily because of taking heavy loads disease such as diabetes and hypertension. Using empirical data, our article aims to understand, in a context where Algeria is facing a sharp rise in health needs, the logic of financing and health expenditure highlighting the health impact on the population.

Keywords: funding, health spending, social security, Algeria

JEL Classification : H15, I18.

RESUME : Le désengagement progressif de l'État algérien du financement de la santé, durant les années 90, avait laissé la place à la Sécurité sociale dont les dépenses de santé ont alors connu une constante croissance à cause de la prise en charge de pathologies lourdes telles que le diabète et l'hypertension. À partir de données empiriques, notre article ambitionne à comprendre, dans un contexte où l'Algérie est confrontée à une forte hausse des besoins de santé, la logique du financement et des dépenses de santé en soulignant l'impact sanitaire sur la population.

Mots clés : financement, dépenses de santé, sécurité sociale, Algérie

1. INTRODUCTION :

Depuis les années 2000, une transition épidémiologique caractérisée par une multiplication des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète, le cancer conjuguée au vieillissement de la population, ont induit une augmentation des besoins de santé mettant à rude épreuve les comptes de l'État et de la Sécurité sociale à pouvoir supporter les dépenses de santé. Dans ce contexte, le rôle de la protection sociale comme étant l'un des facteurs fondamentaux de la lutte contre la

*Auteur Correspondant

pauvreté, l'exclusion et contribuant fortement à la cohésion sociale, semble désormais être remis en cause dans un contexte de mutations socio-économique tant au niveau national qu'international. Face à tous ces changements économiques, politiques et de profils épidémiologiques, le système de sécurité sociale algérien serait-il en mesure de répondre aux besoins grandissants de santé ?

L'objet de l'article vise à examiner le changement de logique dans le financement et les dépenses de santé impliquant les principaux acteurs : État, Sécurité sociale et ménages. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur des données empiriques provenant de différentes sources essentiellement de la Caisse Nationale des Assurances Sociales et du Ministère de la Santé pour la période 2002-2018. Nous avons structuré notre article en trois temps. Tout d'abord, nous proposons une présentation de la Sécurité sociale en Algérie, ensuite, nous montrons le lien étroit entre financement de la santé et dépense de santé. Enfin, nous finissons par discussion sur les enjeux actuels de la Sécurité sociale en termes de prise en charge des besoins sanitaires.

2. UNE SECURITE SOCIALE D'INSPIRATION BISMARCKIENNE :

Le système de santé bismarckien apparaît pour la première fois en Allemagne, où la loi de 1883 rend obligatoire l'assurance maladie pour les ouvriers à bas salaires ; le droit à la protection sociale pour tous les travailleurs sera reconnu dans la Constitution de Weimar en 1919. Dans le système de Bismarck, le droit à la santé et à l'assurance maladie constitue des attributs du travailleur et de ses « ayants droit » : sa famille ou ceux qui vivent avec lui. Les prestations sont donc financées par les intéressés : les entreprises et les travailleurs. Les fonds proviennent en majorité de cotisations assises sur les salaires et versées par les entreprises. La solidarité s'organise donc entre les professionnels. Ce système souffre de plusieurs déséquilibres fondamentaux, parmi lesquels, ils génèrent des exclus : les citoyens ne travaillant pas ou n'ayant pas de lien avec un travailleur. Ces cas se multiplient avec le chômage, les divorces et la dislocation des familles traditionnelles. L'État doit intervenir pour créer un filet de sécurité destiné à les prendre en charge, organisé selon les principes de Beveridge¹. La Sécurité sociale en Algérie est un ensemble de régimes d'assurance sociale à caractère contributif, cela veut dire que les ressources de la Sécurité sociale proviennent exclusivement des prélèvements sociaux obligatoires à la charge des partenaires sociaux que sont les travailleurs et les employeurs publics ou privés. Après une série d'évolutions successives depuis l'indépendance en 1962, une refonte totale de la Sécurité sociale basée sur le principe de l'unification du système a été opérée en 1985. Depuis l'indépendance du pays en 1962, d'importants changements politiques et institutionnels ont été enregistrés, parmi lesquelles nous citerons notamment la tendance à la généralisation de la protection sociale par son extension à de larges catégories, l'unification des régimes, l'égalité d'accès aux avantages et la simplification des procédures pour l'ouverture des droits. Avec le décret n° 92-07 du 4 janvier 1992, relatif à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale, l'institution en 1994 de l'assurance chômage et la création en 2006 par le décret n° 06-370 du 19 octobre 2006 de la caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, la Sécurité sociale se

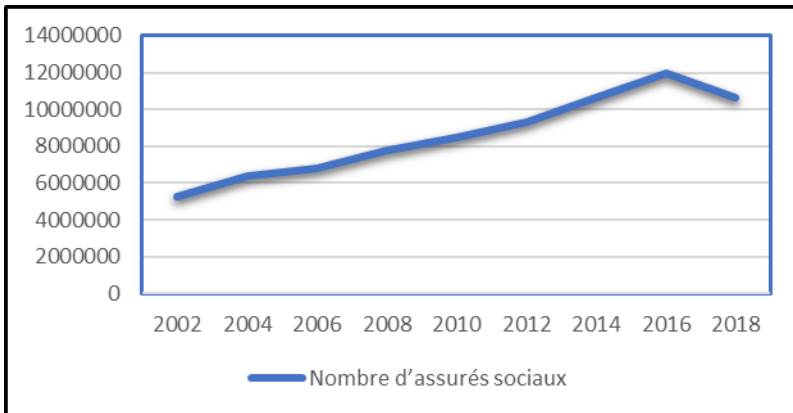
compose désormais de cinq Caisses Nationales qui ont le statut d'établissement public à gestion spécifique assurant une couverture assez large des personnes². Ces organismes sont placés sous tutelle du Ministère chargé de la Sécurité sociale. En 2018, le système algérien de Sécurité sociale comptait plus de 10 millions d'assurés sociaux, auxquels s'ajoutent les ayants droit, soit une couverture d'environ 80% de la population³. Enfin, une couverture est accordée à la charge du budget de l'État aux personnes démunies non assurées, notamment en matière de soins de santé (*tableau 1*).

Tableau 1 : Évolution des assurés sociaux 2002-2018

| Année | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|
| Nombre d'assurés sociaux | 5243744 | 6369266 | 6816223 | 7800320 | 8494919 | 9288143 | 10626369 | 11957202 | 10623905 |

Source : Office national des statistiques & Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale

Figure 1 : évolution du nombre d'assurés sociaux 2002-2018



Source : Office national des statistiques & Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale

3. FINANCEMENT DE LA SANTE ET DEPENSE DE SANTE EN ALGERIE: QUELLE LOGIQUE?

La protection sociale universelle de la santé garantit pour ceux qui en ont besoin un accès effectif aux soins essentiels. Le préambule et l'article 1 de la constitution de l'Organisation internationale du Travail (OIT) spécifient la promotion de tels objectifs : « *la lutte contre le chômage (...) la protection des travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles et les accidents résultants du travail, la protection des enfants, des adolescents et des femmes, les pensions de vieillesse et d'invalidité.* »⁴. Elle est conçue comme un mécanisme permettant de prendre en charge les problèmes liés à la santé y compris le décès, l'invalidité et la perte de revenus en jouant également un rôle important dans la réduction des inégalités sociales et de lutte contre la pauvreté. La protection sociale de la santé comprend différentes options financières et organisationnelles ayant pour but de

fournir des ensembles de prestations suffisantes pour protéger les intéressés contre le risque de maladie et les charges financières.

En Algérie, la protection sociale ne date pas de l'indépendance, son système date, en effet de la période coloniale (1949) et est né du système français. C'est la décision n° 49-045 du 11 Avril 1949, rendue exécutoire par l'arrêté du 10 Juin 1949 que fut introduit le système de protection sociale en Algérie, introduction sous forme d'extension du système prévalent en France métropolitaine ; cette introduction concernait surtout les secteurs d'activité français et octroyait des avantages particuliers en matière de sécurité sociale, utiles aux entreprises qui constituaient, en Algérie, les secteurs stratégiques de l'économie française. Ce système introduit en Algérie se caractérisait par la multiplicité de ses régimes et de ses caisses gestionnaires.

L'Algérie suit donc la grande tendance mondiale de dynamique de construction d'un système de protection sociale⁵. Selon Destremau, la question de la protection sociale émerge dans un contexte où les programmes de lutte contre la pauvreté dans les Pays Moins Avancés, lancés à partir de la moitié des années 1990, par les institutions internationales (Organisation Mondiale Santé, Programmes Nations Unis pour le Développement, Banque Mondiale) n'ont pas réalisé les buts fixés en amont en étant dans l'incapacité à freiner la paupérisation et les fractures économiques, sociales et politiques⁶. La protection sociale doit répondre à un souci de régulation des crises dans différents domaines : marchés du travail, de la crise de la modernité et des déficits de légitimation de l'État. Dans le domaine de la santé, la Sécurité sociale apparaît comme un important élément de stabilisation sociale. Dans un contexte où les sources de financement s'épuisent et que la population augmente, la part contributive des ménages et de la Sécurité sociale augmentent en même temps. En effet, l'accessibilité économique des soins et des médicaments se pose de façon cruciale autant dans les pays à revenu élevé que dans ceux à revenus moyens. La nécessité de garantir la fourniture des soins de santé économiquement accessibles est très pressante étant donné le grand nombre de personnes ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour accéder aux services de santé : dans le monde, plus de 100 millions de personnes tombent chaque année en dessous du seuil de pauvreté parce qu'elles sont contraintes de payer des soins de santé⁷. Le déni de l'accès à des soins et des médicaments nécessaires engendre un impact social et économique très important. L'évocation de la protection sociale dans tous les pays dans les débats publics suppose forcément la question de son financement et les acteurs qui y sont impliqués. Le financement du système de santé ainsi que les dépenses de santé constituent des questions particulièrement controversées donnant lieu à différentes réponses. Ces deux points seront développés en ce qui concerne l'Algérie dans les deux sections suivantes.

3.1. Financement de la sante en Algérie

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2000), le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient un accès universel à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces. Dans le vocabulaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le financement de tout système de santé commence par la

« *collecte de contribution* » qui constitue le moyen par lequel le système de santé reçoit de l'argent de différentes sources. Les systèmes de santé, selon les pays, utilisent diverses sources pour percevoir ces contributions : impôts, cotisations obligatoires à une caisse d'assurance-maladie de la Sécurité sociale, cotisations facultatives à une caisse privée, paiements directs aux prestations et dons. En Algérie, le budget de fonctionnement du système de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi de finances, composé de la contribution du Ministère de la Santé, de la Sécurité sociale et celle des usagers et est fixé par voie règlementaire. La part de contributions de chacun au financement varie d'une organisation à une autre. Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé est réparti en dix titres. La part de l'État dans le financement de la santé a connu une baisse importante depuis l'année 1974, année de l'instauration de la gratuité jusqu'à l'année 1992, puis elle a augmenté d'une manière significative à partir des années 2000.

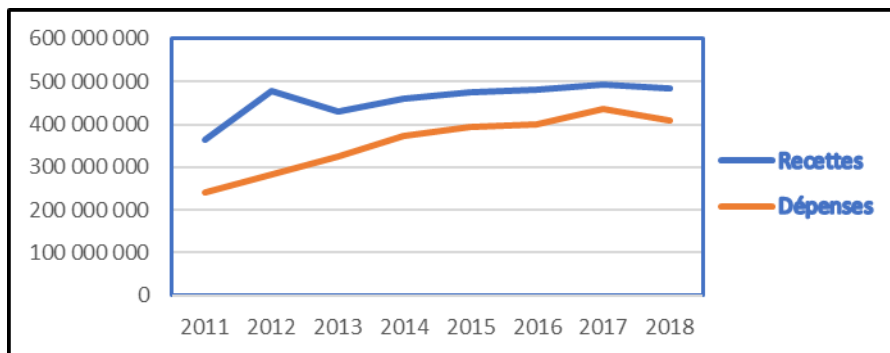
Tableau2 : Recettes et des Dépenses du système de Sécurité Sociale (2011-2018)
Unité : 1000 D.A

| Années | Recettes | Dépenses | D/R (%) |
|--------|-------------|-------------|---------|
| 2011 | 365 444 417 | 240 607 471 | 65,84 |
| 2012 | 477 316 065 | 283 758 404 | 59,45 |
| 2013 | 429 838 012 | 325 757 557 | 75,78 |
| 2014 | 459 756 682 | 374 060 394 | 81,36 |
| 2015 | 474 944 052 | 395 394 989 | 83,25 |
| 2016 | 482 064 544 | 400 552 793 | 83,10 |
| 2017 | 492 339 742 | 435 226 501 | 88,40 |
| 2018 | 483116113 | 410391428 | 84,95 |

Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale / Annuaire statistique de l'Algérie n°35

Les dépenses de la sécurité sociale n'ont pas cessé d'augmenter depuis l'indépendance du pays, cette augmentation a été d'autant plus importante durant les années 2011-2018. Ceci s'explique par la prise en charge des maladies chroniques par la caisse de la sécurité sociale. En revanche, les recettes ont enregistré une baisse importante sur les années 2013 et 2014 pour retrouver un niveau d'augmentation moyen.

Figure 2: Recettes et des Dépenses du système de Sécurité Sociale (2011-2018)



Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale / Annuaire statistique de l'Algérie n°35

3.2. Une croissance continue des dépenses de santé

Depuis l'institutionnalisation de la médecine gratuite en 1974, les dépenses de santé n'ont pas cessé d'augmenter d'année en année. Cette hausse dans les dépenses de la santé est liée à quatre facteurs. Le premier est lié à la transition démographique. En effet, l'Algérie connaît depuis le début des années 1990 une croissance démographique galopante à cause du vieillissement de la population, de la baisse de taux de mortalité à la naissance, de la hausse du niveau de vie et de l'élévation de l'espérance de vie à la naissance. La croissance des dépenses de santé pose la problématique de la soutenabilité du financement de la santé. Selon les estimations de la Banque Mondiale⁸, la transition démographique fera augmenter les dépenses de santé de 60 % en valeur réelle entre 2000 et 2020. Le deuxième facteur est la transition épidémiologique qu'a connue l'Algérie depuis son indépendance. L'émergence des maladies dites de civilisation (ou chroniques) à la place des maladies transmissibles et leur prise en charge ont mis à mal les comptes de la Sécurité sociale. Les Assurances Sociales ont continué à financer les dépenses de santé et les investissements du secteur public de soins. Troisièmement, les progrès de la médecine vont, quant à eux, *9-5 la multiplication des prescripteurs particulièrement chez le secteur privé. Par ailleurs, l'introduction de nouvelles technologies coûteuses pour répondre aux attentes des populations constituera sans doute l'un des grands défis auquel le système de financement (notamment la Sécurité sociale) doit faire face. Enfin, la forte croissance des dépenses de santé durant les trois décennies postindépendance est liée à la croissance du PIB durant sur cette période. Les dépenses nationales de santé ont alors connu trois grandes périodes.

3.2.1. Première période (de 1963 à 1973) : À cette période, la part de l'État dans les financements des dépenses de santé était significative et prépondérante. La prise en charge de la population en matière de soins était généralisée à l'ensemble de la population. Le prix du médicament ainsi que le tarif des actes médicaux, dans le secteur public et privé, étaient relativement compatibles avec les salaires et les revenus existants⁹.

3.2.2. Deuxième période (de 1974 à 1990) : D'une façon générale, la période 1973-1990 traduit une double volonté des Pouvoirs Publics d'une part, d'assurer une couverture géographiquement équilibrée et de l'autre, d'assurer un accès gratuit aux soins à tous. La sous-période 1974-1980 s'est caractérisée par la hausse du nombre des investissements dans les infrastructures publiques de santé dans le cadre des programmes nationaux parmi

lesquels la Programmation sanitaire du Pays (PSP). Ce programme s'est accompagné par l'adoption de normes : un centre de santé pour 6 à 7000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25 000 habitants, un hôpital par daïra (l'équivalent d'une commune en France), un hôpital par wilaya (l'équivalent d'une grande ville) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé. Le premier des programmes mis en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile (Programme élargi de Vaccination) et d'espacement des naissances. Au début des années 1980, l'Algérie avait connu une nouvelle politique de développement sous le slogan « *pour une vie meilleure* ». Cependant, pour financer cette politique très volontariste, l'État a mobilisé les ressources de la Caisse Nationale d'Assurance Sociale en débloquent un forfait annuel (calculé en fonction de ces prévisions) sans négociation préalable avec les autres acteurs publics et sans contrôle *à postériori*. Par conséquent, la part de la Sécurité sociale a donc fortement augmenté durant cette période à cause de l'introduction du ticket modérateur directement supporté par cette dernière. La structure de la dépense nationale de santé s'est trouvée inversée. Au même temps, la contribution de l'État dans le financement de la santé a fortement baissé, en passant de 60% en 1973 à 19,9% en 1989.

3.2.3. Troisième période (1990 à 2002) : Les modalités de financement ont été redéfinies depuis 1992 date à laquelle la loi de finances de 1992 consacre la contractualisation entre les organismes de la Sécurité sociale et les structures de santé de l'État. Durant cette troisième période, le niveau des Dépenses Nationales de Santé (DNS), rapportée au PIB a sensiblement baissé (*tableau 4*). De 1989 à 1991, elle passe brutalement de 4,7 % à 3,8 % du PIB pour se maintenir autour de ce niveau jusqu'en 1998. Ce niveau de dépense est fonction des conditions socioéconomiques durant toute la période essentiellement dans les années 1990. Le secteur de la santé a été affecté par des d'importantes restrictions budgétaires remettant ainsi en cause les progrès réalisés jusqu'en 2002.

3.1.1. Quatrième période (2002 -2018) : Selon les statistiques (*tableau 3*), on remarque que les dépenses publiques de soin ont connu une évolution relativement constante entre 2002 et 2018. Cette évolution est en partie expliquée par deux facteurs : d'un côté, l'augmentation du nombre de la population algérienne durant cette période. De l'autre, l'augmentation du PIB en raison de l'augmentation des prix des hydrocarbures.

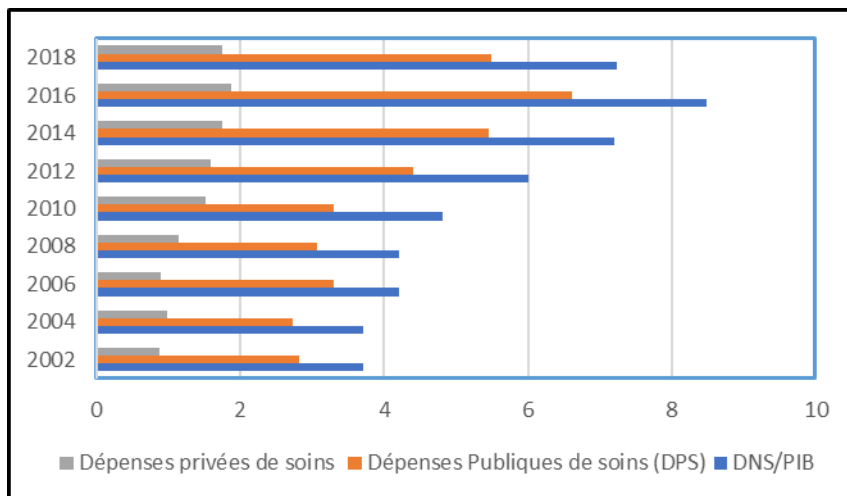
Tableau 3 : Dépense nationale de santé en % du PIB entre 2002 et 2018

| Années | DNS/PIB | Dépenses Publiques de soins (DPS) | Dépenses privées de soins |
|--------|---------|-----------------------------------|---------------------------|
| 2002 | 3,7 | 2,82 | 0,88 |
| 2004 | 3,7 | 2,72 | 0,98 |
| 2006 | 4,2 | 3,3 | 0,90 |
| 2008 | 4,2 | 3,06 | 1,14 |
| 2010 | 4,82 | 3,30 | 1,52 |
| 2012 | 6 | 4,41 | 1,59 |
| 2014 | 7,21 | 5,46 | 1,75 |
| 2016 | 8,49 | 6,61 | 1,88 |
| 2018 | 7,23 | 5,49 | 1,74 |

Sources : Banque mondiale, Perspectives Monde, 2018

La figure 3 représente graphiquement l'évolution des dépenses de soins publiques et privées 2002-2018.

Figure 3 : dépenses de soins publiques et privées 2002-2018



Sources : Banque mondiale, Perspectives Monde, 2018

Le tableau 4 les dépenses nationales de santé sont reprises en détail dans lesquelles nous pouvons distinguer nettement la structure des dépenses réparties en assurances sociales, transferts pour soins à l'étranger, forfaits hôpitaux, accidents de travail et maladies de travail et professionnelles. Nous constatons que les dépenses de santé ont connu une progression soutenue sur cette période et ressemble aux périodes précédentes.

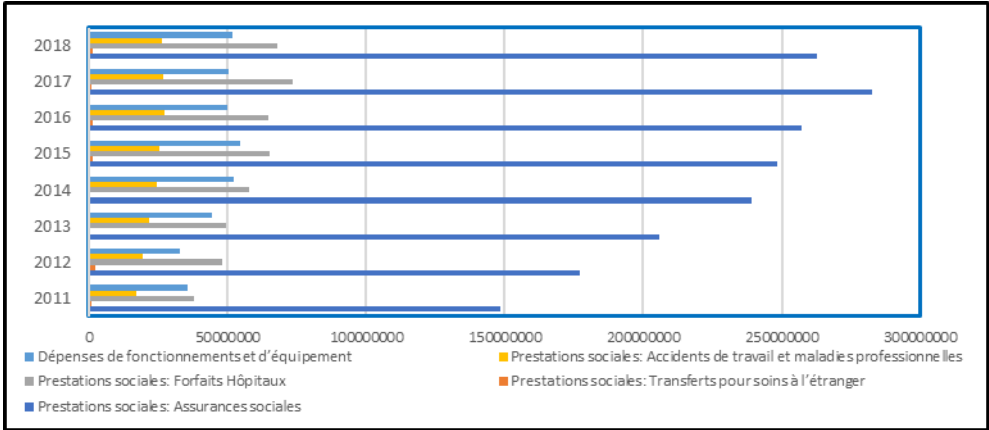
Tableau4: Structure de la Dépense nationale de Santé (2011-2018) Unité : 1000 D.A

| Structure Dépenses Année | 1. Prestations sociales | | | | 2. Dépenses de fonctionnements et d'équipement | Total dépenses |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|----------------------|---|--|----------------|
| | Assurances sociales | Transferts pour soins à l'étranger | Forfaits Hôpitaux | Accidents de travail et maladies professionnelles | | |
| 2011 | 148 326 228 | 1 025 253 | 38 000 000 | 17 367 672 | 35 888 318 | 240 607 471 |
| 2012 | 177 391 520 | 2 644 158 | 48 129 410 | 19 394 887 | 33 193 082 | 280 753 057 |
| 2013 | 205 707 329 | 642 020 | 49 629 410 | 21 853 683 | 44 690 994 | 322 523 436 |
| 2014 | 238 871 370 | 635293 | 57 818 524 | 24 457 806 | 52 277 401 | 374 060 394 |
| 2015 | 248 474 680 | 1 351 740 | 65 219 092 | 25 625 569 | 54 723 908 | 395 394 989 |
| 2016 | 256 950 174 | 1 441 592 | 64 815 511 | 27 257 848 | 50 087 668 | 400 552 793 |
| 2017 | 282 713 941 | 1 251 878 | 73 753 570 | 26 839 923 | 50 667 189 | 435 226 501 |
| 2018 | 262 712 932 | 1348403 | 67 929391 | 26 574 447 | 51 826255 | 410391428 |

Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale.

La figure 4 représente graphiquement l'évolution des dépenses de santé sur la période 2011-2018.

Figure 4 : Structure de la Dépense nationale de Santé (2011-2018)



Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale.

4. DISCUSSION

Le système algérien de Sécurité sociale devrait faire face à un déficit financier essentiellement imputable à l'augmentation beaucoup plus rapide des dépenses par rapport aux recettes. Dans cette troisième partie, nous discuterons du nouveau rôle de la Sécurité sociale comme étant le payeur en dernier ressort, ensuite, nous analyserons le système du tiers payant comme un mécanisme instauré par les pouvoirs publics pour faciliter l'accès aux soins et aux médicaments, enfin, nous finirons notre discussion par souligner les importants dysfonctionnements de ce système de prise en charge visant à éliminer les inégalités sociales.

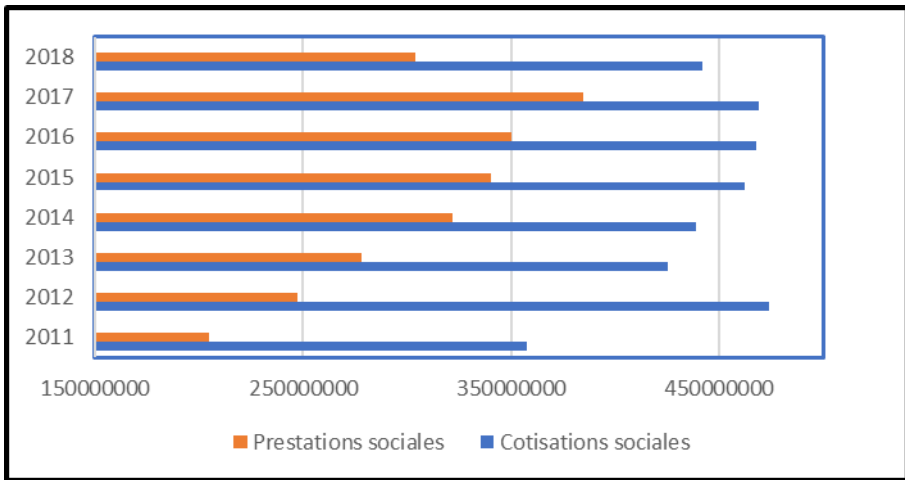
4.1. Sécurité sociale : un rôle de plus en plus important

Pour l'année 1974, la part des dépenses de Sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%. Cette faible part s'explique par la place occupée par l'État qui, en raison des excédents financiers de l'époque, couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la Sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au cours des années en raison de la crise politico-économique qu'a connue le pays (fin 80 et début 90), la Sécurité sociale a pris donc le relai pour soutenir le budget de l'État et intervenir d'une manière plus renforcée. À partir des années 1990, les caisses de la Sécurité sociale se trouvent déjà dans une situation difficile du fait d'un côté la croissance effrénée du niveau de prestations offertes et de l'autre côté, la baisse du niveau de ressources issue des cotisations sociales récoltées. Cette situation a mis les caisses de la Sécurité sociale dans une position de déficits récurrents et

croissants depuis 1993. Par ailleurs, la mise en œuvre de la politique de contractualisation en 1992, la Sécurité sociale est devenue le premier acheteur de médicaments en Algérie.

La contractualisation fait son apparition dans le langage économique et les discours politiques des pays en développement en matière de santé. Elle a aussi été promue et portée, au niveau international, par les Institutions de Bretton Woods (BM, FMI) avec le financement basé sur la performance des politiques de développement¹⁰. En outre, elle fait l'objet de réformes des systèmes de santé et présenté comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité¹¹. En Algérie, le thème de la contractualisation est sur l'agenda des Pouvoirs Publics depuis maintenant 15 ans. Elle constitue une réforme récente qui concerne principalement la relation entre les prestataires de tout le secteur de la santé (les hôpitaux publics et privés, pharmaciens, médecins, dentistes, etc.) et la Sécurité sociale. Elle vise d'une part à améliorer la prise en charge des citoyens au niveau des structures sanitaires qu'elles soient publiques ou privées et d'autre part, à établir un mode de financement plus efficace pour une meilleure rationalisation des dépenses. Face à une consommation accrue du médicament, la Sécurité sociale a de plus en plus de difficulté à assumer ses obligations de remboursements des médicaments. Ces dernières années, les dépenses de médicament financées par la Sécurité sociale ont connu une très forte hausse. En effet, les dépenses de la branche « Assurances Sociales » offrent un large spectre de prestation au profit des assurés sociaux tel que le remboursement des médicaments à hauteur de 80 % du taux de responsabilité et dans certains cas à 100% pour les maladies chroniques. Selon les prévisions du Ministère de la Santé, compte tenu de la transition épidémiologique dont les traitements sont de plus en plus coûteux (l'introduction de nouvelles molécules dans les spécialités remboursées par la Sécurité sociale ou délivrées à l'hôpital) les dépenses de la Sécurité sociale sont amenées à augmenter d'ici 2025. Le remboursement au titre de médicaments constitue le poste le plus important de la CNAS avec 83 % du total des dépenses de l'assurance maladie en 2007. Les dépenses sont passées de 940 millions de dinars en 1990 à 60,79 milliards de dinars courants en 2007, soit une multiplication par 65 sur la période¹². La figure 3 présente l'évolution des dépenses de la CNAS en termes de pourcentages des différents types de risques couverts par cette dernière. En tête de liste, on trouve les médicaments (MED) exprimés en termes de remboursement. Au total, le poste « remboursement » a fortement contribué à l'accroissement des dépenses de la Sécurité sociale.

Figure 5 : prestations et cotisations sociales 2011-2018



Source : Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale.

En seconde position, on trouve les Actes Médicaux (ACT MED). Ce poste de dépense est passé de 674 millions de DA en 1990 à 2,25 milliards de DA en 2007, soit un triplement sur la période. Cet accroissement est lié à l'extension de l'offre de soins surtout dans le secteur privé créant un « *effet volume* ». Ce dernier s'est traduit par une démographie médicale privée qui n'a pas cessé de croître depuis la privatisation de l'exercice médical par la levée de toutes les contraintes (qui concernaient principalement les localisations géographiques des médecins et des pharmaciens) qui pesaient jusque-là sur l'offre. Le nombre d'ouvertures de cliniques et hôpitaux privés n'a cessé d'augmenter d'année en année. Le mouvement, d'abord timide au début des années 1990, a alors pris une grande ampleur cette dernière décennie en provoquant un « *effet d'éviction* » vis-à-vis de l'hôpital public dans certaines maladies (essentiellement chroniques) fortement lucratives¹³.

4.2. Le système du tiers payant : un moyen de faciliter l'accès aux soins et aux médicaments

Un effort colossal de solidarité nationale, engagé par les Pouvoirs Publics, pour appuyer financièrement la politique nationale de santé, s'est concrétisé à travers la mise en place, depuis plus de vingt ans d'un système du tiers payant pour faciliter la l'accès aux soins et aux médicaments (Loi n°83.11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiée et de l'article 4 du décret d'application n° 84.27 du 11 février 1984). Cette loi fait bénéficier du système du tiers payant tous les assurés ou ayants droit sociaux reconnus atteints de l'une des maladies chroniques, retraitées, titulaires d'une pension d'invalidité, accident de travail. En 2000, l'opération du tiers payant a débuté par la délivrance d'un livret médical sur lequel le pharmacien note tous les achats de médicaments effectués par le bénéficiaire, c'est-à-dire aux malades atteints d'une maladie de longue durée (maladies chroniques). L'émergence du secteur privé est un phénomène récent. Il a fallu attendre l'année 1998 pour que soit adoptée une loi permettant le développement des cliniques

privées (Loi du 3 mai 1998). Ensuite, une deuxième opération a été introduite à l'aide d'une carte à puce de tiers payant qui est remise au bénéficiaire sur présentation d'un dossier administratif. Les dépenses du tiers payant ont connu une augmentation sensible, passant de 25% des dépenses médicamenteuses totales en 2002 à 72% en 2007, soit une évolution de 47%. Cette évolution a pour origine l'importance des maladies chroniques prises en charge par la CNAS sur ces dix dernières années¹⁴. Malgré le fait que nous ne disposons pas de statistiques récentes, mais la tendance demeure la même puisque l'Etat continue toujours à prendre en charge les maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, l'asthme. En 2016, le nombre des personnes couvertes par le système du tiers payant s'élève à 11,6 millions de cartes Chifa ont été distribuées à ce jour et que plus de 10.700 pharmacies sont conventionnées à la caisse. À l'origine, ce système vise à prendre en charge des dépenses en médicaments (figurant sur la liste des médicaments remboursables par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin) des assurés sociaux à 100%.

Nous estimons intéressant d'examiner le système actuel de remboursement et en particulier, les conditions dans lesquelles les médicaments sont rendus éligibles au remboursement. Le principe du remboursement du médicament et de sa prise en charge par le système de sécurité sociale est inscrit dans le cadre de la loi 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales. Néanmoins, dans le contexte économique au sein duquel cette loi fut adoptée –années 80-, l'importance d'un tel mécanisme de remboursement du médicament était tout à fait secondaire, d'une part, en raison du monopole de l'État sur l'importation, la production et la distribution en gros du médicament et d'autre part, en raison du système de prix qui était alors en vigueur. La priorité des Pouvoirs Publics à cette période était essentiellement axée sur la disponibilité des médicaments que sur leurs coûts (principe de gratuité). Cette perception changera radicalement avec la libéralisation économique durant les années 1990. En effet, le passage à une économie de marché consacre la liberté quasi totale des prix des médicaments. Parallèlement, la logique de fonctionnement de la CNAS change vis-à-vis de la prise en charge des services médicaux. La CNAS devient de plus en plus vigilante quant à la récupération des cotisations des employés déclarés, dans un contexte où la part de l'État dans le financement de la santé s'amenuise.

4.3. Dysfonctionnement du système de remboursement en Algérie

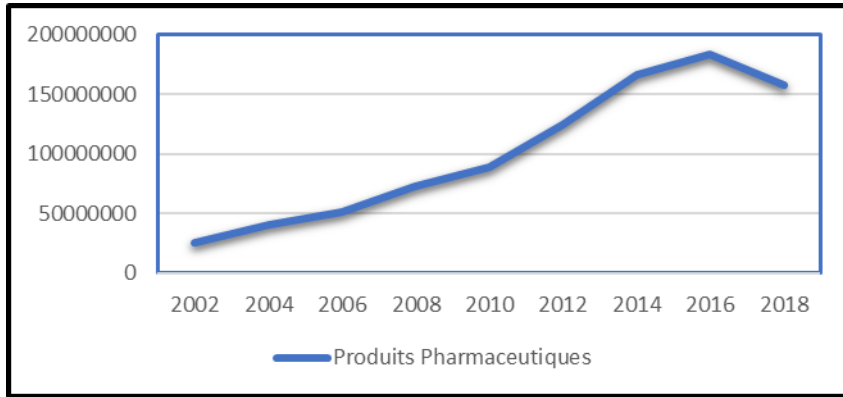
De nombreux dysfonctionnements relatifs au système de remboursement sont à relever. Premièrement, le tarif des remboursements du secteur de santé privé n'a pas évolué dans la durée et, de ce fait, une partie importante de la dépense est restée à la charge des usagers. Deuxièmement, les listes des médicaments remboursables et non remboursables publiées par le Comité Technique d'enregistrement ne sont jamais établies en consultations avec les acteurs directement concernés à savoir les associations de malades et les prescripteurs en fonction des besoins prioritaires. Les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens) ainsi que les producteurs locaux tels que SAIDAL attirent tous l'attention sur le non-remboursement par la Sécurité sociale de certains médicaments fabriqués localement. Comité Technique de remboursement est un organe qui se trouve au niveau du

ministère du Travail et de la Sécurité sociale. Le Comité Technique de Remboursement s'occupe d'établir la liste des médicaments remboursables ainsi que de proposer les tarifs de référence de remboursement. Ce comité est composé du directeur de la Sécurité sociale ; les directeurs généraux des caisses (CASNOS, CNAS) et le directeur de la Pharmacie du Ministère de la Santé ; le directeur des services de santé ; le directeur de la conjoncture du Ministère du Commerce ; le président de la Commission nationale de Nomenclature ; le directeur général du Centre National de l'Observation des Marchés Extérieurs ; d'un pharmacien et d'un médecin-conseil de la CNAS.

À l'inverse, certains médicaments importés qui sont non-remboursables dans leur pays d'origine ou à des taux réduits, sont sur la liste des produits remboursables en Algérie. Les textes réglementaires en Algérie ne prévoient pas de mécanismes favorisant le remboursement de médicaments produits localement. Troisièmement, la coordination entre le comité d'enregistrement (ministère de la Santé) et le comité de remboursement (ministère de la Sécurité sociale) est peu satisfaisante devant porter sur deux volets : le choix des DCI et la fixation du taux de remboursement. D'une part, l'objectif de coordination devrait porter sur l'inscription de médicaments essentiels, sous forme de DCI, sur la liste des médicaments remboursables. D'autre part, la négociation des Pouvoirs Publics avec les firmes multinationales portant sur la fixation des taux de remboursement se passe d'une façon unilatérale sans la participation du comité de remboursement. Quatrièmement, les délais de remboursement sont jugés extrêmement longs et préjudiciables au producteur local quant à la finalisation de la décision de remboursement. La procédure actuelle suppose un passage par trois paliers avant qu'elle ne devienne effective : tout d'abord, le temps pris pour la préparation et l'étude des dossiers au niveau du CTR (Comité Technique de Remboursement du Médicament) ensuite, les délais pris pour la signature des décisions adoptées par le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale (en moyenne, cette signature se fait par arrêté et prise deux fois par an, soit un délai estimé à 6 mois), enfin, le délai que prend le passage au remboursement proprement dit, à savoir celui de l'arrivée au niveau du centre payeur est en général de 6 à 9 mois. Finalement, le système de remboursement algérien souffre-t-il du syndrome de la demande induite ?

Le phénomène de demande induite¹⁵ est directement lié au système de la protection sociale. Cette dernière est une des caractéristiques spécifiques de l'économie de la santé. Elle conditionne de nombreuses décisions politiques, surtout dans les pays développés, comme le contrôle de la démographie médicale, la réglementation du nombre de lits d'hospitalisation. Théoriquement, quand l'offre de soins augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmente, plus la demande de santé de la population croît. Il est souvent constaté que la consommation en consultation médicale dans une région est proportionnelle à la densité de médecins. Le pouvoir discrétionnaire des médecins contribuerait en majorité à créer un marché de consommation médicale et médicamenteuse. Pour l'Algérie, l'évolution de remboursement des médicaments par la Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNAS) ; la figure 6 corrobore l'hypothèse de la demande induite¹⁶ sur la période 2002 – 2018.

Figure 6 : Évolution des remboursements des médicaments pharmaceutiques (2002-2018)



Source: Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale / Annuaire statistique de l'Algérie n°35

L'absence de système d'information performant empêche toute analyse détaillée et rigoureuse de la structure des dépenses de santé.

5. CONCLUSION

La très forte hausse des dépenses de santé impliquant l'État et la Sécurité sociale n'était pas synonyme d'amélioration de l'état de santé des populations. La consommation des services de santé et des médicaments a connu une constante croissance depuis le début des années 1990, notamment après l'ouverture commerciale et l'instauration d'une économie de marché. Cette augmentation s'explique par la triple transition économique, politique et épidémiologique. La prise en charge coûteuse de maladies chroniques (diabète, hypertension) a largement contribué au creusement du déficit de la Sécurité sociale. Par ailleurs, cette forte croissance des dépenses peut s'expliquer aussi par la multiplication des prescriptions chez les cliniques et médecins privés. La consommation de soins et de biens médicaux constitue un des agrégats des comptes nationaux des dépenses nationales de santé. Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèse, etc.)¹⁷. À l'heure actuelle, ces comptes satellites de la santé n'existent pas encore en Algérie rendant d'autant plus difficile toute tentative d'estimation de la consommation de médicaments par classes thérapeutiques ainsi que son évolution et ceci pour deux raisons majeures : la faiblesse du système de collecte de l'information statistique ; la forte fluctuation de la consommation de médicaments. Bien que l'instauration progressive de nouveaux mécanismes tels que le tiers payant ont contribué à faire baisser la part des ménages dans les dépenses totales de santé (à partir de 2007), en revanche, il n'a pas réussi à freiner de manière significative ces dépenses. En définitive, une réforme de la politique de santé au niveau national s'avère importante impliquant tous les acteurs de la santé (médecins, pharmaciens, politiques, associations de malades, firmes pharmaceutiques).

BIBLIOGRAPHIE :

¹Majnoni D'intignano, B. (2001). *Économie de la santé* (Paris : Presses Universitaires Françaises).

- ² Journal officiel de la République algérienne. (1992, janvier 4), décret n° 92-07. Relatif à ***l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale***.
- ³ CNAS. (2010). Direction des études économiques, des statistiques et de l'organisation. ***Diverses statistiques***. P.4.
- ⁴Organisation internationale du Travail. (2008). ***Établir des normes de sécurité sociale dans une société mondialisée : Une analyse de la situation et de la pratique présente, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme de sécurité sociale globale***. Bureau international du Travail, Département de la Sécurité sociale. P. 3.
- ⁵Barka, Z., Salhi, T. (2008, juin 30-juillet 4). Protection sociale et système de retraite en Algérie. Papier présenté à la 33^{ème} Conférence mondiale du CIAS, sur : ***Les réformes de la protection sociale***, Tours (France).
- ⁶Destreau, B. (2004, mai 27-28). ***Etat des lieux de la protection sociale dans les pays de la Méditerranée, Conférence euro-méditerranéenne, Sécurité sociale : facteur de cohésion sociale***. Limassol (Cyprus).
- ⁷Oms. (2004). ***Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia***. SEA-HSD-274 Bureau régional de l'Asie du sud-est, New Delhi. P.2.
- ⁸ Banque Mondiale. (2007). ***A la recherche d'un investissement public de qualité. Dans une revue des dépenses publiques***. Vol. 1 : Texte principal. Groupe pour le développement socioéconomique Région MENA.
- ⁹ CNES. (2003). ***Le médicament plate-forme pour un débat social***. Alger.
- ¹⁰Canavan, A., Toonen, J., Elovaino, R. (2008), ***Performance based financing an international review of the literature***. Amsterdam : KIT
- ¹¹ Perrot, J., Fonteneau, R. (2003). La contractualisation, une option stratégique pour améliorer les systèmes de santé, ***Journal d'économie médicale***,57 (4). pp. 203-23.
- ¹²Zehnati, A. (2009). ***Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie sur la période 2001-2006***. CREAD, Alger : ouvrage collectif, ***transition et système de santé en Algérie***.
- ¹³Oufriha, F, Z. (2008). Les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un Système de santé à la croisée des chemins, ***Alger : CREAD***
- ¹⁴ MEKBEL, H. (2011). ***Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie***. Thèse de magistère. Algérie : université de Bejaïa
- ¹⁵Beresniak, A., Duru, G. (2008). ***Economie de la santé*** (Elsevier Masson).
- ¹⁶ CNAS. (2007). Direction des études économiques, des statistiques et de l'organisation. ***Diverses statistiques***.
- ¹⁷ Oms. (2005). ***Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé***. Canada : OMS. P.2.