

Évolution de la Politique de Sécurité Sociale en Algérie : De la Genèse à la Crise Sanitaire Mondiale

Samira SIFER^{1*}, Amel GUEHAIRIA²

¹Maitre de conférences (École des Hautes Etudes commerciales (HEC) & LIRUE (ENSSEA), Algérie), sifer.samira.enssea@gmail.com

²Professeure des universités (École Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSSEA) & LIRUE, Algérie), guehairia.amel.ga@gmail.com

*auteure correspondante

Résumé : Cet article retrace la genèse de la politique de sécurité sociale de l'Algérie et souligne les importants facteurs qui se sont répercutés sur la couverture santé et sur l'assurance maladie en particulier. La crise sanitaire mondiale, notamment la pandémie de COVID-19, a mis en évidence la vulnérabilité du système de soins en Algérie. Alors que le pays était déjà confronté à des défis importants dans le domaine de la santé, la propagation du virus a exacerbé les problèmes existants et révélé les faiblesses structurelles du système de soins. En s'intéressant à sept grandes périodes, de la période de colonisation à la période de la crise sanitaire mondiale (COVID-19), il est question de souligner l'impact de nombreux facteurs essentiels dans l'élaboration de la protection sociale en analysant la couverture santé dans son environnement économique et social. L'article conclut qu'en raison de l'évolution socioéconomique, les dépenses de la couverture santé évoluent, tandis que la maîtrise des dépenses demeure limitée alors que la question de l'efficacité des dépenses de santé reste posée.

Mots-clefs : Assurance maladie ; Sécurité sociale ; Dépenses de santé ; Santé ; COVID-19.

Abstract: This article traces the genesis of Algeria's social security policy and highlights the significant factors that have impacted healthcare coverage, particularly health insurance. The global health crisis, notably the COVID-19 pandemic, has exposed the vulnerability of the healthcare system in Algeria. While the country was already facing significant challenges in the healthcare sector, the spread of the virus has exacerbated existing problems and revealed structural weaknesses in the healthcare system. By examining seven major periods, from the colonial period to the global health crisis (COVID-19) era, the article aims to highlight the impact of numerous essential factors in the development of social protection by analysing healthcare coverage within its economic and social environment. The article concludes that due to socioeconomic changes, healthcare coverage expenses are evolving, while cost control remains limited, and the question of healthcare expenditure efficiency remains unanswered.

Keywords: Health Insurance; Social Security; Health Expenditure; Health; COVID-19.

Classification JEL : H510, H550, H750, I140.

1. Introduction

La sécurité sociale trouve ses racines au XIX^e siècle, avec l'émergence des premières formes de protection sociale. En Allemagne, le chancelier Otto von Bismarck est souvent crédité de la création du premier système de sécurité sociale en 1883, avec l'introduction de l'assurance maladie. D'autres pays européens ont suivi cet exemple. Ces systèmes visaient à atténuer les conséquences de la pauvreté et de la maladie, et à promouvoir la stabilité sociale. Au cours du XX^e siècle, les systèmes de sécurité sociale se sont étendus pour inclure une gamme plus large de prestations, notamment l'assurance chômage, la retraite, et l'assurance maternité.

La couverture santé, au cœur de la sécurité sociale, varie selon les pays, allant de modèles de couverture universelle financée par l'État, comme le NHS au Royaume-Uni, à des systèmes mixtes, comme aux États-Unis, combinant assurances privées et publiques. Son objectif est d'assurer l'accès aux soins pour tous, indépendamment de la situation économique. L'évolution de la sécurité sociale, liée à la couverture santé, revêt une grande importance historique et sociétale, influençant les politiques publiques, l'économie et la qualité de vie des citoyens.

La genèse et l'évolution du système de sécurité sociale en relation avec la couverture santé constituent des sujets constamment d'actualité, tant sur le plan sociétal et économique, dans le monde. En effet, les systèmes de santé et de sécurité sociale départagent une responsabilité commune qui s'intègre dans la garantie des soins. Pour le cas de l'Algérie, l'un est un producteur de soins et l'autre assure le financement des prestations de ces soins.

L'Algérie, depuis son indépendance en 1962, a traversé différentes phases relatives à la mise en place du développement de son système de sécurité sociale, en particulier en ce qui concerne la couverture santé.

Cet article se penche sur les étapes clés de la formation et de l'évolution du système de sécurité sociale, en Algérie, en mettant en avant les éléments ayant influencé son développement. Il revêt une importance majeure en éclairant le devenir et l'avenir de la protection sociale dans le domaine de la couverture santé, au sein d'un environnement en constante évolution et confronté à divers facteurs nuisibles à la santé de la population. En outre, il examine comment les facteurs socio-économiques tels que la croissance économique, le chômage et les crises sanitaires ont eu une incidence sur la couverture santé. La compréhension de ces dynamiques est déterminante pour améliorer le système de santé et assurer une couverture santé adéquate.

Indubitablement, l'évolution du système de sécurité sociale découle d'une interaction complexe entre des facteurs politiques, économiques et sociaux, marquée par l'intervention de l'État depuis l'indépendance de l'Algérie. Les périodes de réforme, notamment durant les années 1970 et 1980, ont profondément remanié la structure et la portée du système de sécurité sociale. La pandémie de COVID-19 a accentué la nécessité de réformes et de mesures pour renforcer la résilience du système de sécurité sociale face aux enjeux contemporains. Les dépenses de santé connaissent une augmentation, mais des disparités dans l'accès aux soins subsistent, en particulier entre les secteurs public et privé.

La question de l'équilibre entre les dépenses de santé supportées par l'État et celles prises en charge par la protection sociale constitue une problématique persistante et complexe dans la gestion des ressources de la santé publique. Cette dernière soulève de nombreuses interrogations quant à la redéfinition des responsabilités en matière de financement des soins de santé, y compris la possibilité de transférer une partie de cette charge aux ménages et d'adopter des mécanismes de privatisation du système de soins. Cela soulève la question de ce qui devrait être réformé dans le domaine de la couverture santé du système de protection sociale en Algérie.

Cet article suppose que la couverture santé, bien que basée sur des constats épidémiologiques, est fortement influencée par des facteurs économiques et sociaux. Ces facteurs entravent le développement du secteur de la santé, ce qui souligne la nécessité d'une réflexion approfondie sur la manière dont la protection sociale peut s'adapter à ces réalités changeantes.

Pour répondre à ces interrogations, la présente étude adoptera une méthodologie principalement qualitative, intégrant des données économiques, sociales et sanitaires. Les sources documentaires mobilisées seront essentiellement constituées de publications officielles du gouvernement, telles que le Journal Officiel, ainsi que de rapports émanant de la Banque mondiale et de l'Organisation internationale du travail (OIT). Par ailleurs, une analyse approfondie de la littérature existante sera entreprise dans le dessein d'apporter un éclairage sur la situation actuelle du système de sécurité sociale en Algérie.

Dans la progression ultérieure de cet article, nous entreprenons une exploration des jalons significatifs dans l'évolution du système de sécurité sociale, amorçant par la période antérieure à l'indépendance en 1962, marquée par une protection sociale limitée. Nous décrivons par la suite la création de la Caisse nationale de sécurité sociale et l'élargissement de la couverture à la suite de l'indépendance, ainsi que les réformes majeures des décennies 1970 et 1980. Nous procédons également à l'analyse des évolutions postérieures aux années 1990, notamment la mise en place de différentes caisses de sécurité sociale et les initiatives visant à diversifier les sources de financement. De surcroît, nous évaluons l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de sécurité sociale en Algérie, ainsi que les réflexions contemporaines concernant les réformes requises pour instaurer une couverture sociale plus étendue et résiliente.

Subséquentement, l'article procède à une étude des disparités et des convergences existantes entre les domaines de la santé et de la sécurité sociale, mettant en évidence leurs objectifs, leur mode de fonctionnement et les prestations offertes. Une analyse est également menée sur l'impact historique des facteurs socio-économiques sur la couverture santé en Algérie, offrant une perspective sur les événements passés ayant contribué à façonner le système actuel. La section suivante présente une analyse des corrélations entre les dépenses de santé et les indicateurs économiques, soulignant l'interconnexion entre la santé et l'économie. Enfin, la conclusion de l'article esquisse des perspectives pour l'avenir de la sécurité sociale et de la couverture santé, mettant en avant les défis à relever et les mesures nécessaires pour garantir un meilleur accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population.

2. Genèse de la sécurité sociale en Algérie

L'évolution du système de sécurité sociale en Algérie, caractérisée par la transition des cotisations des travailleurs en tant que principale source de financement vers un modèle reposant sur la solidarité institutionnelle instaurée par l'État, constitue une transformation substantielle dans la gestion de la protection sociale au sein du pays.

L'intervention de l'État a instauré une approche caractérisée par un modèle d'État providence, influencé par les idées de Beveridge (Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2014), reposant sur le principe d'assistance sociale, en contraste avec le modèle bismarckien qui conditionne l'accès aux droits de sécurité sociale à des cotisations préalables.

Dans la suite de ce texte, nous examinons les étapes déterminantes relatives à l'émergence et à l'évolution du système de sécurité sociale en Algérie.

2.1. Première phase : Instauration du système de sécurité sociale

Insérée comme un précepte inaliénable dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et dans divers autres traités internationaux, la sécurité sociale représente un conglomerat de prestations tant monétaires que matérielles. Ces diverses allocations sont conçues pour établir un rempart face aux aléas économiques tels que la perte de revenu occasionnée par des circonstances telles que la maladie, l'invalidité, la maternité, les accidents professionnels, le chômage, la vieillesse ou le décès d'un membre de la famille. De surcroît, elle aspire à résoudre les problématiques d'accès restreint ou de coûts prohibitifs des services de santé, ainsi que les lacunes

dans le soutien familial, en particulier pour les personnes à charge. En définitive, la sécurité sociale s'avère être un acteur central dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (BIT, 2021).

2.1.1. Création du système de sécurité sociale (avant 1962)

L'amorce de la mise en œuvre de la couverture sanitaire remonte à l'année 1949 avec l'introduction de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG), laquelle fut suivie par la création de diverses caisses d'assurance englobant des sphères telles que le décès, la maternité, la maladie et l'invalidité. Pendant cette phase initiale, la grande majorité de la main-d'œuvre était privée de toute forme de protection sociale, en dépit de sa contribution économique substantielle. Cette perspective historique met en exergue le fait que, durant la période coloniale, les critères d'éligibilité aux prestations de la sécurité sociale étaient excessivement restrictifs, ce qui a eu pour conséquence une couverture sociale limitée pour la population algérienne, bénéficiant uniquement à une minorité d'entre elle (INED, 1952).

2.1.2. Système d'assurance volontaire et création de la caisse nationale de sécurité sociale (1962-1973)

Après l'avènement de l'indépendance, le système AMG est demeuré en vigueur, occasionnant une charge financière supplémentaire pour le budget de l'État. La première année qui a suivi l'accession à l'indépendance a été marquée par la création de la Caisse nationale de sécurité sociale, laquelle a absorbé onze régimes de sécurité sociale préexistants de l'époque coloniale, chacun étant associé à un type d'emploi spécifique, induisant ainsi des inégalités (JO, 1963). Par conséquent, la coexistence de multiples régimes antérieurs conjointement avec l'AMG a généré des disparités, mettant ainsi sous tension les ressources financières de l'État (Kaddar, 1989).

2.2. Deuxième phase : Réformes du système de sécurité sociale

2.2.1. Premières réformes : Le forfait hospitalier et l'implication de la sécurité sociale (1974-1982)

Entre 1974 et 1982, les caisses de sécurité sociale en Algérie ont subi une évolution, influencée positivement par les retombées de la rente pétrolière et la croissance de l'emploi dans le secteur industriel. Néanmoins, cette expansion s'est accompagnée de dépenses substantielles attribuables aux risques inhérents à ce type d'emplois (Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2014). De plus, la sécurité sociale s'est impliquée dans la gestion du forfait hospitalier, lequel a été intégré en tant que subvention de fonctionnement du budget de l'État, suite à la réforme du système AMG telle que définie par le décret de 1974 (JO, 1974 ; CNAS, 2008).

2.2.2. Seconde réforme : Unification du système de sécurité sociale en Algérie (1983-1991)

La rationalisation administrative a nécessité la consolidation du système de sécurité sociale en un régime unifié en 1983, concomitamment à la création de la Caisse Nationale des Retraites (CNR) (JO, 1983). Cependant, la période allant de 1983 à 1991 s'est caractérisée par un fléchissement de l'emploi salarié, une augmentation du nombre de bénéficiaires de pensions de retraite, et une croissance significative des dépenses relatives aux soins à l'étranger pour les non-assurés, occasionnant ainsi des charges financières substantielles pour le budget de la caisse de sécurité sociale.

2.3. Troisième phase : Diversification des sources de financement à travers la création de nouvelles caisses

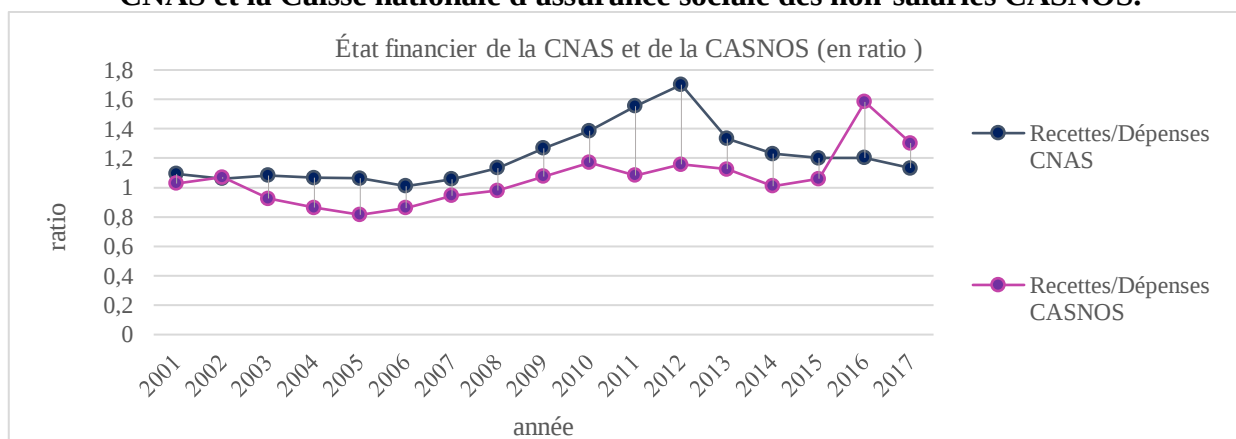
2.3.1. Période 1992 – 2005 : Création de nouvelles caisses

Pour satisfaire les exigences sociales relatives à la sécurité sociale, de nouvelles caisses sont instaurées, dont la Caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS) (JO, 1992), la Caisse nationale d'assurance chômage (CNAC) (JO, 1994), et la Caisse nationale des congés payés et du chômage-intempéries des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique (CACOBATH) (JO, 1997). Par ailleurs, des allocations familiales ont été instaurées et financées par le budget de l'État. En outre, la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) a pris le relais de la Caisse nationale des assurances sociales et des accidents de travail (CNASAT).

2.3.2. Période 2006-2019 : Recherche de sources additionnelles

Durant cette période, la mise en place de la Caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale (CNRS) a été entreprise dans le dessein d'assurer la viabilité financière et la pérennité des organismes de sécurité sociale (JO, 2006). Cette initiative a été accompagnée d'un renforcement du dispositif de sécurité sociale et d'une extension de la couverture, avec l'obligation pour les employeurs du secteur indépendant de déclarer leurs travailleurs à partir de 2007. Les résultats obtenus suite à ces mesures sont illustrés par le Graphique 1, où l'on observe un excédent financier pour la CNAS, tandis que la CASNOS a rétabli son équilibre financier depuis 2008. Toutefois, les autorités persistent dans l'examen de stratégies destinées à renforcer le financement du secteur de la santé, dans le but de réduire la part des dépenses de santé assumées par les ménages et d'accroître la part du Produit Intérieur Brut (PIB) allouée à ce secteur, afin d'élargir la couverture sanitaire à l'ensemble de la population (Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2014).

Graphique 1. État financier de la Caisse nationale d'assurance sociale des travailleurs salariés CNAS et la Caisse nationale d'assurance sociale des non-salariés CASNOS.



Source : Réalisé par les auteurs à l'aide des données de l'Office National des Statistiques, 2016-2018.

Depuis 2010, une proportion significative du financement du Fonds National de Sécurité Sociale (FNSS) est dérivée principalement de la taxation des produits du tabac, ainsi que d'une retenue de 5 % sur les bénéfices nets des médicaments importés et commercialisés sans modification substantielle. De manière concomitante, à partir de l'année 2012, une fraction de la fiscalité pétrolière, graduellement augmentée de 2 % à 3 %, est allouée au fonds national de réserve des retraites. L'État s'est engagé à garantir la viabilité du système de sécurité sociale en instaurant un programme visant à maintenir son équilibre financier. Ce programme englobe la finalisation de

la réforme du financement de la sécurité sociale, l'amélioration de la collecte des cotisations, l'assurance de la couverture des soins de santé essentiels, tels que le remboursement des médicaments, et la prévention des maladies graves et onéreuses. De plus, il inclut la poursuite du dialogue avec les parties prenantes sociales et économiques afin d'adapter le système national de retraite aux évolutions socio-économiques et démographiques (MTESS, 2016). Depuis lors, toutes les branches de la sécurité sociale sont développées en conformité avec les normes établies par les conventions internationales en la matière. Cette approche financière diversifiée, incluant des sources de revenus provenant de taxes spécifiques sur les produits nocifs à la santé publique, ainsi que des retenues sur les bénéfices des produits importés, démontre une stratégie délibérée visant à garantir la stabilité financière du système de sécurité sociale. De plus, l'engagement gouvernemental témoigne d'une volonté politique affirmée de maintenir l'intégrité et l'efficacité du système en adaptant ses mécanismes de financement et ses prestations aux exigences évolutives du contexte socio-économique et démographique.

2.4. Phase de la crise sanitaire de 2020 : Un défi pour la sécurité sociale

L'avènement de la crise sanitaire mondiale due à la pandémie de COVID-19 a incontestablement contraint les autorités publiques à entreprendre une réévaluation approfondie et une restructuration significative du système de sécurité sociale. La période de crise, notamment celle de l'année 2020, a imposé une mobilisation sans précédent des services de santé en vue de contenir la propagation du virus et d'atténuer les effets dévastateurs du COVID-19. Cette mobilisation a, en conséquence, engendré une mise en veille partielle, voire totale, de certains services de santé non liés à la pandémie, y compris les traitements essentiels pour les maladies chroniques et autres affections médicales, en raison des contraintes sévères en termes de ressources matérielles, humaines et infrastructurelles.

Parallèlement, la crise sanitaire a été accompagnée d'une hausse substantielle du taux de chômage, résultant en une précarisation accrue des conditions de vie et de travail pour de nombreux individus, notamment ceux travaillant dans le secteur informel de l'économie. Cette situation a exacerbé les difficultés d'accès à la protection sociale pour ces travailleurs, qui sont souvent exclus ou marginalement inclus dans les dispositifs de sécurité sociale formels, accentuant ainsi leur vulnérabilité économique et sociale.

En outre, la crise sanitaire a eu un impact financier conséquent sur les caisses sociales, notamment par une réduction significative des cotisations versées, découlant des perturbations économiques majeures causées par la pandémie. Cette diminution des ressources financières disponibles pour les systèmes de sécurité sociale a engendré des défis supplémentaires en matière de préservation et de développement des programmes de protection sociale existants.

Dans le contexte post-COVID-19, des initiatives sont actuellement déployées afin d'adresser les lacunes mises en lumière par la crise et de renforcer la résilience des systèmes de sécurité sociale. Ces efforts incluent la diversification des sources de financement, la promotion de la gestion efficace des ressources de santé, ainsi que l'expansion de la couverture santé pour garantir un accès équitable et universel aux services de santé essentiels à l'ensemble de la population.

Toutefois, il est essentiel de reconnaître que les travailleurs du secteur informel restent particulièrement exposés à l'insécurité économique et sociale, en l'absence ou en cas d'insuffisance de mécanismes de protection sociale adaptés. Par conséquent, des mesures adéquates doivent être envisagées et mises en œuvre afin de garantir que ces travailleurs bénéficient également d'une protection sociale adéquate, contribuant ainsi à réduire les inégalités et à renforcer la résilience globale du système de sécurité sociale.

Dans la section suivante, nous aborderons les initiatives entreprises pour favoriser l'expansion de la couverture santé et pour promouvoir l'assurance maladie, en tenant compte du contexte économique et social spécifique au pays en question.

3. L'assurance maladie et les mesures entreprises relatives à la couverture santé

La loi n° 85-05 du 17 février 1985 a pour objectif principal de promouvoir la santé en tant que pilier du bien-être individuel et du développement socio-économique en Algérie. Elle vise à prévenir les maladies, garantir l'accès aux soins, protéger les groupes vulnérables, encourager l'activité physique et promouvoir la sensibilisation à la santé. En d'autres termes, cette loi établit la santé comme un élément déterminant pour la prospérité nationale et du développement économique en mettant l'accent sur son rôle dans le progrès du pays (JO, 1985).

3.1. Distinctions et convergences entre les domaines de la santé et de la sécurité sociale : objectifs, fonctionnements et prestations

La sécurité sociale englobe deux fonctions principales : assurer un revenu et rendre les soins médicaux accessibles, conformément à la déclaration de Philadelphie de 1944, qui est une composante de la constitution de l'OIT, et selon les directives de la recommandation n°202 et des socles nationaux de protection sociale. Cette recommandation encourage également la progression vers des niveaux de protection plus élevés au sein des systèmes nationaux de sécurité sociale, en conformité avec la convention n° 102 de 1952 de l'OIT et d'autres instruments similaires (BIT, 2021).

Le tableau n°1 fournit une comparaison entre le système de santé et le système de protection sociale en termes d'objectifs et de fonctions. Le système de santé se concentre sur la protection de la population contre l'émergence des maladies, tandis que le système de protection sociale garantit un revenu de base. Le système de santé fournit des soins médicaux, tandis que le système de protection sociale gère le financement des prestations de santé. Ces deux systèmes sont complémentaires et visent à améliorer la qualité de vie et le bien-être général de la population.

Tableau 1. Comparaison entre le système de santé et le système de protection sociale.

	Système de santé	Système de protection sociale
Objectifs	Protection de la population	Garantir un revenu de base
	Promotion de la santé de la population	Assurer l'accès aux soins médicaux
Fonctions	Rationalisation de la gestion et de la réforme hospitalière	Assurer l'équilibre financier des caisses sociales
	Producteur de soins	Financeur des prestations de santé

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données de la CNAS (2008) et du BIT (2021).

Selon la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé (article 4), « Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire » (JO, 1985).

Deux types de prestations sont fournis, dans ce contexte, selon le journal officiel de 1983 (JO, 1983). Les prestations en sécurité sociale se divisent en deux catégories principales : les prestations en nature, qui couvrent les dépenses de soins de santé pour l'assuré et ses ayants droit, et les prestations en espèces, qui sont des paiements monétaires, tels que des indemnités journalières, destinés à compenser la perte de revenus en cas de maladie ou d'incapacité temporaire. Il est important de noter que les prestations en espèces ne s'appliquent pas lorsque l'assuré est intentionnellement responsable de sa maladie, de ses blessures ou de son handicap (Hannouz & Khadir, 1996).

La population couverte par le système de sécurité sociale se divise en deux catégories distinctes : d'une part, les assurés sociaux, comprenant les travailleurs salariés, les travailleurs non-

salariés, certaines catégories d'assurés sociaux, ainsi que les bénéficiaires des programmes d'insertion professionnelle ; d'autre part, les ayants droit des assurés sociaux, qui englobent le conjoint, les enfants à charge, ainsi que les ascendants de l'assuré ou du conjoint à charge, cette catégorie est éligible aux prestations en nature, en conformité avec les dispositions stipulées dans le journal officiel (JO, 1983).

3.2. Impact historique des facteurs socio-économiques sur la couverture santé en Algérie

Tableau 2 : Évolution du système de santé depuis 1949.

Date	Caractéristiques et Facteurs	Action avec impact économique et social
1949	Instauration de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG)	Couverture limitée
1962-1972	Départ massif des médecins français. Pénurie d'infrastructures médicales.	Détérioration des indicateurs de santé. Instituer la vaccination obligatoire aux enfants.
1972-1982	Instauration de la gratuité des soins ¹ à tous en 1974.	Augmentation des dépenses de santé.
1982-1992	Construction de nombreuses infrastructures sanitaires ² . Diminution des ressources budgétaires allouées aux soins de santé.	Transition épidémiologique réduisant l'incidence de certaines maladies. Emergence de problèmes d'approvisionnement en produits pharmaceutiques.
1990-2000	Crise socioéconomique. Évolution du Facteur de surpoids.	Détérioration des différents secteurs dont la santé. Emergence des maladies chroniques.
2000-2005	Fin de la crise socioéconomique Emergence des facteurs déclenchant par cause de stress à ses différentes formes (pression sociale, pression dans la vie quotidienne, pression au milieu du travail, etc.).	Evolution de la demande de santé depuis 2000. Levée du monopole de l'État sur l'importation, la production et la distribution en gros des produits pharmaceutiques ³ .
2005-2022	Pollution atmosphérique. Manque d'hygiène de vie.	Emergence des maladies respiratoires et des gripes saisonnières avec d'autres maladies telles que les cancers, le diabète et les maladies cardiovasculaires.
Depuis 2022	Couverture insuffisante. Infrastructures médicales insuffisantes. Départ massif des médecins algériens vers l'étranger. Evolution continu d'atteinte des maladies chroniques et d'autres maladies qui nécessitent de longues périodes de prise en charge.	

Source : Kaddar, 1989 ; Oufriha, 1990 ; Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2014 ; Chachoua, 2014 ; Sifer, 2017.

Le tableau 2 présente de manière chronologique les étapes significatives du développement du système de santé. Au début des années 2000, des réformes sont engagées en réponse aux défis rencontrés, notamment par l'instauration de la régionalisation sanitaire. Cette initiative vise à améliorer la coordination intersectorielle, à décentraliser les services de santé et à promouvoir un développement équilibré du secteur, bien que le cadre juridique et réglementaire demeure partiel à cette période.

¹Entre 1972 et 1982, des réformes visant à améliorer l'enseignement médical, renforcer le soutien pédagogique et collaborer avec des praticiens médicaux étrangers ont été mises en place. Ces changements ont également abouti à la création d'un secteur de la santé basé sur une planification préétablie pour faire face à l'émergence de maladies transmissibles, notamment les zoonoses et les maladies à transmission hydrique. (Oufriha, 1990 ; Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2014 ; Chachoua, 2014 ; Kaddar, 1989).

² À partir de 1986, des réformes sont lancées pour privatiser la pratique médicale. Il est important de noter que ce n'est qu'en 1990 que des autorisations sont délivrées pour la création et l'ouverture de cliniques privées, conformément aux dispositions réglementaires énoncées dans le Journal Officiel de 1989. (JO, 1988).

³ Chapitre IV « Fabrication, importation et distribution des médicaments », loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

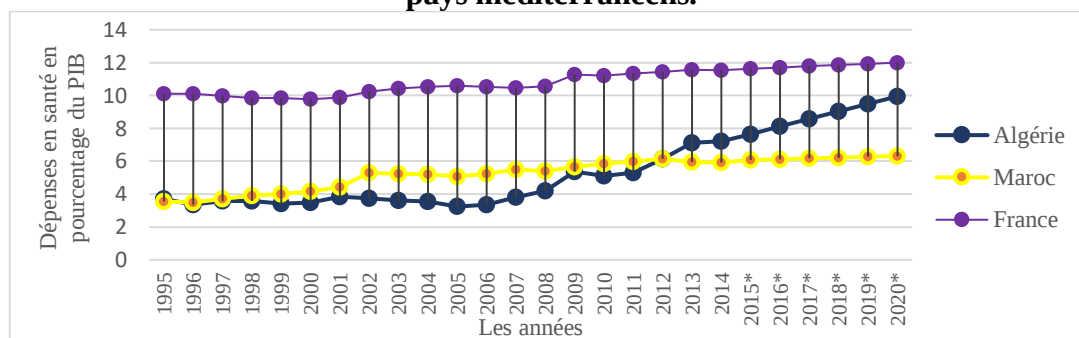
Conjointement, des structures de soutien sont érigées afin de renforcer les initiatives dans le domaine de la santé, accompagnées de révisions des statuts des établissements de santé incluant l'introduction de conseils d'administration. Parallèlement, le processus de privatisation du système de santé est poursuivi, avec notamment l'autorisation d'exercice complémentaire pour les professionnels de la santé travaillant dans les secteurs publics et hospitalo-universitaires. En outre, des efforts sont déployés pour revitaliser les programmes de santé et de population, ainsi que pour redéfinir la politique pharmaceutique.

Le système de soins de santé actuel privilégie la couverture horizontale, caractérisée par une large base de bénéficiaires, au détriment de la qualité des prestations (une approche connue sous le terme de couverture verticale). Cette orientation génère des contraintes budgétaires pour l'État, qui doit répondre aux besoins croissants de la population tout en freinant le développement de la qualité des soins de santé. Néanmoins, il est observé une tendance à la hausse des dépenses depuis l'année 2007, comme le met en évidence le graphique 2.

En analysant les données, il est observé une augmentation progressive des dépenses de santé en Algérie au fil des années, depuis 2006, ces dépenses exprimées en pourcentage du Produit PIB tendent à se rapprocher de celles de la France, y compris les projections pour l'avenir.

Les évolutions temporelles des systèmes de protection sociale en France et au Maroc présentent des similitudes. Les contributions financières au Maroc s'avèrent moins importantes que celles constatées en Algérie. En France et en Algérie, le dispositif de protection sociale repose principalement sur une approche mixte, caractérisée par une intervention étatique substantielle qui évolue constamment. En contraste, le Maroc privilégie un modèle de protection sociale plus libéral.

Graphique 2 : Comparaison des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB dans trois pays méditerranéens.



Source : Réalisé par les auteurs à partir des données de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2015).

* : Données prévisionnelles de la Banque mondiale.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, le déficit de financement pour l'établissement de socles de protection sociale a enregistré une augmentation d'environ 30 % à l'échelle mondiale. Cette hausse est principalement imputable à la demande croissante de services de santé, aux mesures de soutien du revenu mises en place et à la contraction du Produit Intérieur Brut (PIB) engendrée par la crise. Selon les données publiées par l'organisation internationale du travail (OIT), afin de garantir au moins un niveau minimal de sécurité sociale, défini comme un socle de protection sociale établi au niveau national, plusieurs pays à revenu intermédiaire de différentes catégories doivent envisager des investissements supplémentaires substantiels (BIT, 2022).

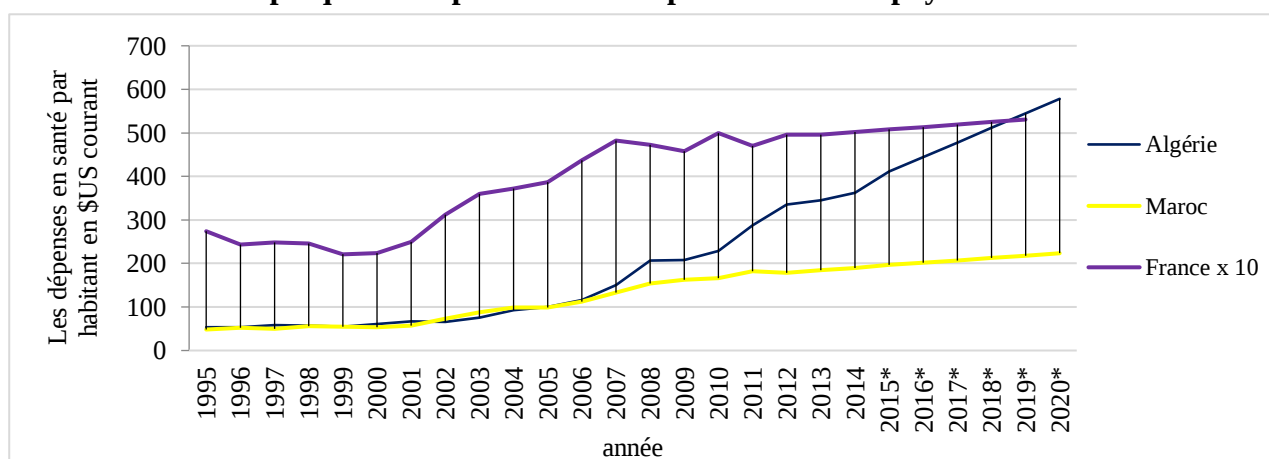
Selon les recommandations de l'OIT, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devraient accroître leurs investissements annuels de 362,9 milliards de dollars, représentant ainsi 5,1 % de leur PIB. De manière similaire, les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure devraient augmenter leurs investissements annuels de 750,8 milliards de dollars, ce qui équivaut à 3,1 % de leur PIB. Quant aux pays à faible revenu, ils sont incités à investir un montant supplémentaire de 77,9 milliards de dollars, soit l'équivalent de 15,9 % de leur PIB, afin d'atteindre les objectifs préconisés par l'Organisation Internationale du Travail (BIT, 2022).

En analysant les données sur les dépenses de santé par habitant, telles qu'elles apparaissent dans le graphique 3, on constate des disparités significatives entre les pays. La France se distingue en affichant des dépenses de santé par habitant qui sont environ 30 à 40 fois supérieures à celles de l'Algérie et du Maroc. Cette disparité met en évidence l'écart considérable dans les ressources consacrées à la santé entre ces pays.

Avant l'année 2007, les niveaux de dépenses par habitant en Algérie et au Maroc étaient relativement similaires. Cependant, à partir de cette année-là, une tendance émergente se dessine. L'Algérie commence à se démarquer par une croissance rapide de ses dépenses de santé par habitant. Cette évolution peut être attribuée aux divers facteurs, tels que l'augmentation de la demande de soins de santé, des investissements dans les infrastructures de santé et des réformes économiques.

En Algérie, le financement des dépenses de santé provient de diverses sources, notamment la sécurité sociale, le trésor public et les ménages. Cependant, l'allocation de ces ressources financières est fortement influencée par les circonstances économiques et sociales du pays. La capacité de la sécurité sociale dépend étroitement de la santé économique du pays, qui est elle-même liée à des facteurs tels que la croissance économique, la stabilité financière, et d'autres aspects sociaux comme le niveau de revenu des bénéficiaires.

Graphique 3 : Dépenses en santé par tête de trois pays méditerranéens.



Source : Graphique réalisé par les auteurs à partir des données de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2015).

Les ressources du trésor public, généralement issues du budget de l'État, contribuent également de manière significative au financement des services de santé, mais l'allocation de fonds dépend des priorités gouvernementales, des contraintes budgétaires et des objectifs économiques du pays. Outre cela, les ménages supportent souvent une part importante des coûts de santé par le biais de paiements directs, tels que les consultations médicales, les médicaments et les frais d'hospitalisation. Les conditions économiques et sociales des ménages influencent leur capacité à accéder aux services de santé et à couvrir les dépenses associées.

Le financement des dépenses de santé en Algérie est influencé par un phénomène d'offre de soins de santé qui entraîne une augmentation de la demande médicale. Depuis les années 1990, la population algérienne a exprimé un besoin accru en matière de prise en charge médicale, ce qui a conduit à une augmentation de la prévalence des maladies et de la demande de soins de santé. Cette augmentation des dépenses de santé, principalement soutenue par la sécurité sociale, est en partie attribuable aux progrès continus dans les domaines de la médecine et de la technologie médicale, élargissant ainsi la gamme de services médicaux disponibles et incitant un nombre croissant de personnes à rechercher des soins. Cette dynamique d'offre et de demande a entraîné une extension continue de la couverture sociale en Algérie. Cependant, il est essentiel de surveiller et d'ajuster en permanence les politiques de financement de la santé pour faire face à cette croissance constante

des besoins et des dépenses en matière de soins de santé, tout en préservant la qualité et l'accessibilité des services médicaux pour l'ensemble de la population.

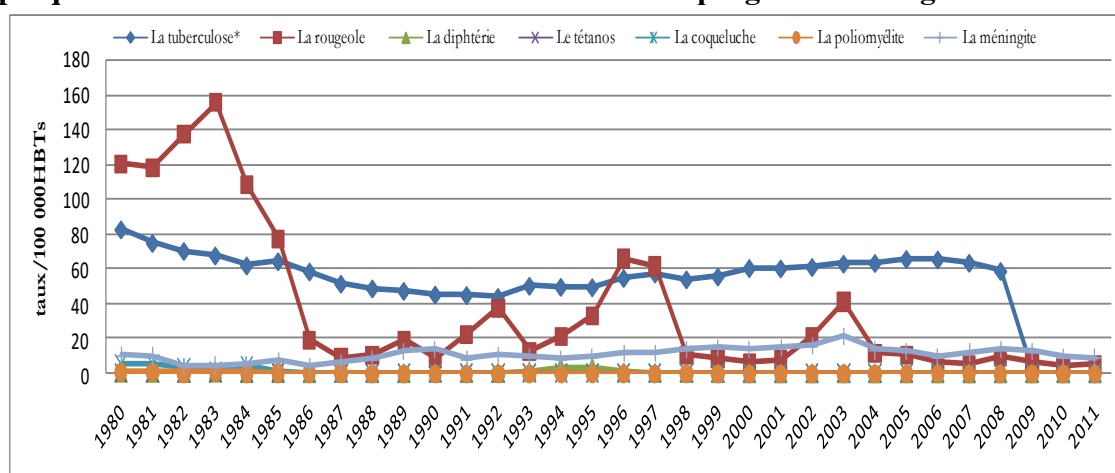
Depuis 2006, diverses mesures sont mises en place pour répondre aux coûts élevés des dépenses de santé, comprenant la recherche de ressources supplémentaires provenant de différentes sources, l'introduction d'un système de carte électronique appelé « carte CHIFA » en 2007 pour surveiller les prestations de soins, et l'élaboration d'un plan de contractualisation visant à améliorer la qualité des soins et à rationaliser l'utilisation des ressources. Ces initiatives sont conçues pour accroître l'efficacité du système de santé et garantir une meilleure qualité de soins à la population.

La contractualisation dans le domaine de la santé redéfinit les rôles de l'État et les relations financières entre les organismes de sécurité sociale et les prestataires de soins, visant à clarifier le statut des individus dans le système de soins tout en instaurant la transparence entre les financeurs et les fournisseurs de soins. Cette démarche vise à mieux contrôler les dépenses de santé et de sécurité sociale.

En 2004, une étape fondamentale est franchie dans l'articulation des mécanismes de financement de la sécurité sociale avec le budget de la santé (JO, 2004). Cette évolution jette les bases du processus de contractualisation, qui prend son essor dès janvier 2009. Ce processus englobe la prise de décisions relatives au financement, l'établissement d'un catalogue national des coûts par pathologie, ainsi que l'identification des parties prenantes chargées de la contractualisation, dotées des ressources nécessaires à cet effet. La contractualisation vise à favoriser une allocation plus efficace des ressources et une gestion plus rigoureuse des coûts, en encourageant la collaboration entre les acteurs impliqués pour assurer la prestation de soins de qualité tout en maintenant un contrôle sur les dépenses. Par conséquent, cette démarche contribue à l'amélioration globale du système de santé.

Par ailleurs, les programmes de vaccination mis en œuvre depuis plusieurs décennies ont exercé un impact considérable sur la prévalence des maladies transmissibles. La vaccination gratuite et obligatoire, introduite dès 1968, a joué un rôle déterminant dans la diminution de l'incidence de la rougeole, comme en témoigne le graphique 4. Depuis 1985, les taux d'infection ont sensiblement diminué (Brahamia & Mekalt, 2015) grâce à des campagnes de vaccination de masse, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé de la population et à l'allègement de la charge des maladies sur le système de santé.

Graphique 4 : Évolution des maladies bénéficiant d'un programme élargi de vaccination.



Source : INSP, relevés épidémiologiques annuels 1980-2011, Algérie. In : (Brahamia & Mekalt, 2015).

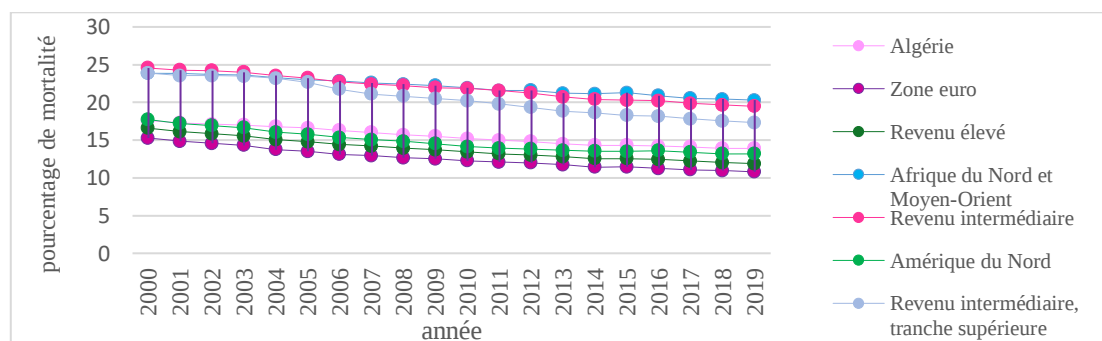
La période de 2000 à 2011 a été marquée par l'apparition de nouvelles maladies saisonnières, notamment la grippe porcine et la grippe aviaire. Les maladies respiratoires sont anticipées en raison de divers facteurs tels que l'urbanisation, la pollution et la consommation de tabac, etc. (Sifer, 2017). Toutefois, en 2022, une liste actualisée des maladies transmissibles

nécessitant une déclaration obligatoire a été établie, tant au niveau national qu'international (JO, 2022).

En dépit de cela, le graphique ci-dessous met en lumière les facteurs de décès prématurés antérieurs à la pandémie de Covid-19, en comparant la situation de l'Algérie avec celle d'autres pays.

D'après les données présentées dans le graphique 5, les taux de mortalité prématurée en Algérie se situent dans une position intermédiaire, présentant des similarités avec ceux observés en Amérique du Nord, dans les pays à revenus élevés et au sein de la zone euro. Plus précisément, la zone euro affiche les taux de mortalité prématurée les plus bas parmi ces groupes. En revanche, les taux de mortalité prématurée en Algérie sont inférieurs à ceux relevés dans les pays d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient et dans les pays à revenu intermédiaire. Cette situation peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment l'urbanisation croissante et les changements économiques et sociaux qui ont contribué à l'amélioration du niveau de vie grâce à des ajustements salariaux. Cette transition socio-économique a été caractérisée par une amélioration de l'indice de développement humain (PNUD, 2022).

Graphique 5. Évolution de la mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques (entre 30 et 70 ans) (%)



Source : Graphe réalisé par les auteurs à partir des données de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2023).

Le processus de vieillissement de la population en Algérie, conjugué à une urbanisation substantielle et à divers facteurs de stress, modes de vie peu sains et comportements à risque, a donné lieu à une transition épidémiologique (Sifer, 2017). Cette transition a eu un impact considérable sur les dépenses de santé, notamment en raison de la prise en charge coûteuse des maladies chroniques (Brahamia, 2008a ; Brahamia, 2008b). Environ 60 % de la population est affectée par des maladies chroniques, tandis que certaines maladies transmissibles continuent de présenter une prévalence significative.

Il convient de noter que les dépenses de santé sont en augmentation en raison de divers facteurs de risque, notamment le surpoids, le stress, la pollution et les modes de vie peu sains, qui sont associés à l'incidence accrue de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et le cancer. En outre, le surpoids, une alimentation déséquilibrée et un manque d'activité physique sont des déterminants majeurs, tout comme le stress lié au travail et à l'environnement social, ainsi que la pollution atmosphérique. Des comportements nocifs tels que la consommation excessive d'alcool et le tabagisme sont également étroitement liés à des maladies graves (Sifer, 2017).

Avant l'émergence de la pandémie de COVID-19, l'Algérie a été confrontée à des défis économiques significatifs, incluant notamment une baisse des recettes budgétaires et des dépenses publics, conduisant à un déficit budgétaire s'élevant à 7,2% du PIB et un déficit du trésor public représentant 11,4% du PIB. Malgré ces contraintes économiques, l'accès de la population aux infrastructures de base, notamment dans les secteurs de l'éducation et de la santé, a été préservé (FMI, 2020).

Dans la continuité de ce raisonnement, abordons à présent l'année 2019, marquée par l'apparition inattendue du SARS-CoV-2, qui a pris le monde de court (OMS, 2023) en raison de sa nouveauté, de sa propagation rapide et de sa capacité à déclencher la pandémie de COVID-19. Sa haute contagiosité, la diversité des symptômes et la transmission par des individus asymptomatiques ont compliqué la gestion de la crise, mettant à l'épreuve les systèmes de santé mondiaux. Les conséquences économiques, sociales et sanitaires ont été exacerbées par la fermeture des frontières et l'instauration de mesures exceptionnelles pour endiguer la propagation du virus. Pendant cette période pandémique, des mesures de protection sociale sans précédent ont été instaurées à l'échelle mondiale, présentant des défis spécifiques pour les pays à faible revenu sur le plan de la politique macroéconomique (BIT, 2022).

Il est pertinent de signaler que l'Algérie a enregistré 266 356 cas de contamination par le Sars Cov-2, en 2022, entraînant 6 875 décès depuis le début de l'épidémie. Entre le 3 janvier 2020 et le 6 août 2023, un total de 271 852 cas confirmés de COVID-19 sont signalés à l'OMS, avec 6 881 décès. Les données présentées démontrent l'étendue significative de l'impact de la pandémie sur la population, ce qui a entraîné des dépenses gouvernementales considérables afin de faire face à la crise sanitaire. Ces dépenses ont inclus l'acquisition de matériel médical, l'établissement de centres de dépistage et de traitement, l'expansion des capacités hospitalières et le soutien financier des campagnes de vaccination. En effet, jusqu'au 4 septembre 2022, environ 15 267 442 doses de vaccin sont administrées depuis le début de la vaccination, le 31 janvier 2021.

En conséquence, cela a mis une pression supplémentaire sur les finances de l'État et a contribué à un accroissement du déficit budgétaire. Parallèlement, la crise a révélé des failles dans le système de protection sociale du pays, se traduisant par des pertes d'emploi et de revenus pour de nombreux travailleurs, et entraînant des difficultés financières pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. En outre, la surcharge des infrastructures de santé a entraîné des retards dans la prestation de soins médicaux, compromettant ainsi la santé et le bien-être des citoyens. Bien que le gouvernement ait instauré des mesures d'urgence en matière de protection sociale, telles que des aides financières directes aux familles touchées et des reports de paiement de factures, ces initiatives se sont avérées insuffisantes pour atténuer pleinement les conséquences économiques et sociales de la pandémie. Cela souligne impérieusement la nécessité d'une réforme plus substantielle du système de sécurité sociale en Algérie afin de le rendre plus résilient face aux chocs futurs.

3.3. Analyse des corrélations entre les dépenses de santé et les indicateurs économiques en Algérie

Le tableau n°3 met en lumière plusieurs tendances significatives en matière de dépenses de santé. Il met en évidence des corrélations marquées entre les dépenses en santé publique (DSP), les dépenses de santé par habitant (DSH) et les pourcentages de population dans la tranche d'âge de 15 à 64 ans. En revanche, les dépenses en santé remboursables (DSR) présentent une corrélation très faible avec les pourcentages de population dans cette tranche d'âge, suggérant qu'une part importante des dépenses destinées à ce groupe démographique n'est pas prise en charge par la population active de cette catégorie. Il convient également de noter que le taux de chômage diminue à mesure que cette catégorie de population augmente. Il est pertinent de souligner que les dépenses de santé non remboursables (DSNR) sont fortement et négativement corrélées aux dépenses publiques de santé (DPS) et au produit intérieur brut par employé (PIBE). En d'autres termes, à mesure que les DSNR augmentent, la contribution de l'État aux coûts diminue, de même que le PIBE, qui peut être considéré comme une mesure de la population active. Cela indique que les ménages supportent de plus en plus les charges liées à l'augmentation des DSNR.

Cette observation suggère que les ménages supportent une part croissante des charges liées aux dépenses de santé non remboursables, ce qui peut avoir des implications importantes pour l'accessibilité et la viabilité financière des soins de santé pour les ménages à revenu modeste.

Cependant, l'accès aux soins de santé, aux indemnités en cas de maladie et aux prestations de chômage s'est avéré essentiel pendant la pandémie de COVID-19. Bien que la plupart de la population mondiale ait une certaine forme de couverture santé, des déficits importants subsistent, particulièrement en ce qui concerne la sécurité du revenu en cas de maladie et de chômage. Environ un tiers seulement des personnes en âge de travailler ont une garantie légale de revenu en cas de maladie, et moins d'un cinquième des demandeurs d'emploi reçoivent des prestations de chômage (BIT, 2021).

Cela étant dit, en Algérie, le problème de la sous-déclaration des employés au sein des entreprises privées entraîne un faible taux de couverture en matière d'assurance maladie dans le secteur privé. Cette situation découle en grande partie de la complexité des réglementations en vigueur (Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2016). A noter également la sous-déclaration de certains actes médicaux et paramédicaux pratiqués au sein d'établissements privés, dans le but d'éviter des obligations fiscales. Ces actes incluent des services tels que la radiologie et la biologie médicale, entre autres.

Cette pratique entrave la procédure de facturation, et par conséquent, le remboursement des patients. Ces éléments rendent plus complexe l'évaluation des besoins en termes d'actes médicaux et de dépenses de santé, ce qui biaise les données statistiques de l'assurance maladie et compromet leur gestion, ainsi que la mise en place de mesures préventives en Algérie.

De plus, il est devenu impératif de considérer de nouvelles mesures en matière d'hygiène de vie, dans l'intérêt de la santé de la population et pour atténuer la croissance constante des dépenses. En réalité, l'existence des facteurs à risque tels que les maladies chroniques, le surpoids, le stress et la pollution, etc., constitue la véritable cause de ces dépenses.

Tableau 3 : Coefficients de corrélations (Pearson (n)) entre des dépenses de santé et des indicateurs sociaux en Algérie.

Variables et coefficients	PibE	DSNR	DSR	DSP	DSH	PP	RE	DPS	CF	CH
PIB par personne ayant un emploi (PibE)	1	-0,763	-0,401	-0,097	-0,335	-0,343	0,182	0,748	0,517	0,567
Dépenses de santé non remboursées (DSNR)	-0,763	1	0,357	-0,076	0,113	0,155	-0,137	-0,996	-0,338	-0,373
Dépenses en santé remboursables (DSR)	-0,401	0,357	1	0,530	0,455	0,278	-0,383	-0,274	-0,107	-0,163
Dépenses en santé, publiques (DSP)*	-0,097	-0,076	0,530	1	0,847	0,721	-0,594	0,126	-0,486	-0,503
Dépenses de santé par habitant (DSH)	-0,335	0,113	0,455	0,847	1	0,959	-0,336	-0,075	-0,828	-0,834
Pourcentage des 15 à 64 ans (PP)	-0,343	0,155	0,278	0,721	0,959	1	-0,171	-0,135	-0,931	-0,928
Ressources extérieures pour la santé (RE)**	0,182	-0,137	-0,383	-0,594	-0,336	-0,171	1	0,105	0,044	0,073
Dépenses en santé, publiques (DPS)***	0,748	-0,996	-0,274	0,126	-0,075	-0,135	0,105	1	0,339	0,370
Chômage, femmes (CF)	0,517	-0,338	-0,107	-0,486	-0,828	-0,931	0,044	0,339	1	0,995
Chômage, hommes (CH)	0,567	-0,373	-0,163	-0,503	-0,834	-0,928	0,073	0,370	0,995	1

Source : Réalisé par les auteurs à partir des données de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2015).

* DSP : Dépenses de santé publiques (% des dépenses du gouvernement) : Les dépenses de santé publiques comprennent les dépenses récurrentes et en immobilisations prévues par les budgets des gouvernements (central et locaux), les emprunts et les subventions extérieurs (y compris les dons d'organismes internationaux et d'organisations non gouvernementales) et les fonds sociaux (ou obligatoires) d'assurance sur la santé.

** RE : En % des dépenses totales en santé. Les dépenses de santé publiques comprennent les dépenses récurrentes et en immobilisations prévues par les budgets des gouvernements (central et locaux), les emprunts et les subventions extérieurs (y compris les dons d'organismes internationaux et d'organisations non gouvernementales) et les fonds sociaux (ou obligatoires) d'assurance sur la santé. Le total des dépenses de santé est la somme des dépenses de santé publiques et privées. Il englobe la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence réservée à la santé mais il exclut la prestation d'eau et de services d'hygiène. Rajoutant les DSNR (celles qui ne sont engagées que par les ménages).

Source : Base de données sur le Comptes nationaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (voir apps.who.int/nha/database pour les mises à jour les plus récentes).

*** DPS : Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé) : Les dépenses de santé publiques comprennent les dépenses récurrentes et en immobilisations prévues par les budgets des gouvernements (central et locaux), les emprunts et les subventions extérieurs (y compris les dons d'organismes internationaux et d'organisations non gouvernementales) et les fonds sociaux (ou obligatoires) d'assurance sur la santé. Le total des dépenses de santé est la somme des dépenses de santé publiques et privées. Il englobe la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence réservée à la santé mais il exclut la prestation d'eau et de services d'hygiène.

Conclusion

L'évolution du système de sécurité sociale en Algérie a été marquée par plusieurs phases de réformes visant à améliorer la couverture sociale et à répondre aux besoins changeants de la population. Depuis ses débuts axés sur les cotisations des travailleurs, le système a connu des périodes de réforme visant à unifier les régimes, à élargir la couverture et à améliorer le financement. Cependant, des défis persistent, notamment la recherche de sources additionnelles et des remèdes pour assurer la couverture sociale en termes de santé tout en maintenant un équilibre financier des caisses sociales.

La corrélation faible entre le pourcentage de personnes de 15-64 ans et les indicateurs économiques et de santé suggère que l'Etat et les cotisations de la population active ne couvrent pas entièrement les dépenses de santé, ces dernières sont toujours en expansion, il convient de souligner que les ménages font de plus en plus face à ces dépenses.

Par ailleurs, le problème de la sous-déclaration des employés du secteur privé contribue également à une faible couverture. Cette situation nécessite une attention particulière pour garantir un accès adéquat et équitable aux soins de santé. Il est essentiel de favoriser l'emploi formel et de veiller à ce que les travailleurs du secteur informel soient correctement déclarés, en multipliant les efforts de contrôle et en incitant les employeurs à déclarer leurs employés grâce à des programmes offrant des avantages aux entreprises privées. Par ailleurs, une analyse approfondie de la pertinence des dépenses de santé est nécessaire avant d'envisager une réorientation du financement de la couverture santé en Algérie.

Il est donc conclu que les changements économiques et sociaux au sein de la population impactent les coûts de la couverture santé, soulignant ainsi la nécessité d'explorer de manière approfondie les aspects préventifs. De ce fait, il est essentiel d'adopter de nouvelles mesures en matière d'hygiène de vie pour améliorer le bien-être de la population dans la perspective de réduire les besoins en matière curative en améliorant la qualité de vie de la population.

La pandémie de COVID-19 a révélé à la fois les forces et les faiblesses du système de santé, avec des mesures de protection sociale mises en place, mais des problèmes persistent, notamment en termes de qualité des soins. L'examen de l'efficacité et de la pertinence des politiques de santé publique est actuellement une préoccupation majeure. Il s'agit d'une leçon essentielle à tirer de la pandémie pour renforcer les systèmes de sécurité sociale et de soins.

L'évolution économique et sociale de la population exerce une pression significative sur les dépenses liées à la couverture santé. Dans ce contexte, il est déterminant de continuer à entreprendre des réformes visant à améliorer la pertinence des dépenses du système de protection sociale. Pour ce faire, une exploration approfondie du volet préventif s'avère nécessaire. Il est primordial de garantir préalablement l'adoption de modes de vie sains au sein de la population, en limitant les facteurs de risque tels que le stress et la pollution sous leurs diverses formes. De plus, il est impératif de mener une surveillance intensive au sein de la population et d'établir des institutions de santé, afin d'identifier de manière précise les besoins en matière de gestion et de garantir la qualité des services proposés.

Ces éléments soulignent la nécessité, pour l'avenir, de poursuivre les réformes visant à améliorer la pertinence des dépenses du système de protection sociale en Algérie, en étroite

collaboration avec les professionnels du système de soins. L'accent doit être mis sur la réduction, voire l'élimination, des facteurs déclencheurs de maladies chroniques et d'autres affections nécessitant une prise en charge prolongée. Il est en effet devenu indispensable de privilégier le volet préventif avant de chercher à maîtriser les dépenses en attribuant de nouvelles sources de financement.

Bibliographie

1. Banque mondiale. (2015). Les données ouvertes de la Banque mondiale. <https://www.banquemondiale.org/fr/home> (Consulté le 17 Juin 2015).
2. Brahamia, B. (2008a). Le système de santé algérien dans la transition. *Santé Décision Management*, 11(3-4), 23-37. doi:10.3166/sdm.11.3-4.23-37.
3. Brahamia, B. (2008b). Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie. *Séminaire pour le financement de l'assurance maladie*. Lyon, France : http://coopami.org/fr/countries/countries/algeria/social_protection/pdf/social_protection02.pdf (Consulté le 04 mars 2017).
4. Brahamia, B., Mekalt K. (2015). *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*. <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?c3VibWlzc2lvd84NjU4MV83NTYyMzluZG9jeCplc2VsZWNO> (Consulté le 14 juillet 2017).
5. Bureau international du travail (BIT). (2022). Rapport complémentaire sur l'Afrique. Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022. Genève, Bureau International du Travail. https://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_849598/lang--fr/index.htm (Consulté le 07 Octobre 2022).
6. Bureau international du travail (BIT). (2021). La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur. Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022, Genève, Bureau International du Travail. https://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_849598/lang--fr/index.htm (Consulté le 27 janvier 2024).
7. Caisse Nationale d'Assurance Sociale (CNAS). (2008). Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation, Séminaire sur le financement de la sécurité sociale, *Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés*. Alger.
8. CHACHOUA L. (2014). *Le système National de santé 1962 à nos jours* », Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec l'Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques.
9. Fonds Monétaire International (FMI). (2021). *Consultations de 2021 au titre de l'article IV* », Rapport des services du FMI, déclaration de l'administrateur pour l'Algérie, n° 21/253, <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/CR/2021/French/1DZAFA2021001.ashx> (consulté le 02/12/2022).
10. Fonds Monétaire International (FMI). (2020). International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2020/October>.
11. Hannouz, M., Khadir, M. (1996). *Précis de sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux*, Alger, Algérie : OPU.
12. Institut National d'Etude Démographique (INED). (1952). La politique de sécurité sociale en Algérie, *Institut National d'Etude Démographique*, 7ème année (1), 17-26.
13. Journal officiel de la République Algérienne (JO) :
Journal officiel n° 37 du 07/06/1963. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1963/F1963037.pdf>.
Journal officiel n° 01 du 01/01/1974. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1974/F1974001.pdf>.
Journal officiel n° 08 du 25/01/1974. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1974/F1974008.pdf>.
Journal officiel n° 28 du 05/07/1983. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1983/F1983028.pdf>.
Journal officiel n° 08 du 17/02/1985. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1985/F1985008.pdf>.
Journal officiel n° 42 du 19/10/1988. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1988/F1988042.pdf>.
Journal officiel n° 02 du 08/01/1992. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1992/F1992002.pdf>.
Journal officiel n° 44 du 07/07/1994. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1994/F1994044.pdf>.
Journal officiel n° 08 du 05/02/1997. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1997/F1997008.pdf>.

- Journal officiel n° 61 du 23/08/1998. <https://www.joradp.dz/FTP/Jo-Francais/1998/F1998061.pdf>.
- Journal officiel n° 04 du 04/04/2004. <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2004/F2004020.pdf>.
- Journal officiel n° 67 du 28/10/2006. <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2006/F2006067.pdf>.
- Journal officiel n° 47 du 11/07/2022. <https://www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2007/F2007045.pdf>.
14. Kaddar, M. (1989). Le rapport entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987. *Les Cahiers du CREAD*, 4(19), 37-53.
 15. Kaddar, M. 1990. Sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels. *Cahier du CREAD*, 5(22), 61-75.
 16. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS). (2016). « Présentation du système national de sécurité sociale », Rencontre Forum des Chefs d'Entreprises, Alger : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale.
 17. Merouani, W., Hammouda, N., & El Moudden, C. (2014). Le système algérien de protection sociale : entre bismarckien et beveridgien. *Les cahiers du cread*, 30(108), 109-117.
 18. Merouani, W., Hammouda N., & El Moudden, C. (2016). The Microeconomic Determinants of Demand for Social Security: Evidence from the Algerian Labour Market. *Institutions and Economies*, 8(1). 25-61.
 19. NABNI. (2013). *Une vision à moyen terme pour une Algérie de l'avenir*, Rapport NABNI 2020, <http://www.nabni.org/>. <http://www.nabni.org/wp-content/uploads/2013/01/rapport-nabni-20201> (Consulté le 12 Janvier 2017).
 20. Office National des Statistiques (ONS). (2018) : <https://www.ons.dz/spip.php?rubrique18>.
 21. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023). <https://covid19.who.int/region/afro/country/dz> (Consulté le 23 aout 2023).
 22. Oufriha, F. (1990). Médecine gratuite - forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'État socialo-providence en Algérie. *Les Cahiers Du CREAD*. 5(22). 21-59.
 23. Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). (2022a). Temps incertains, vies bouleversées : façonner notre avenir dans un monde en mutation. Rapport sur le développement humain 2021/2022 Présentation, New York, Programme des Nations Unies pour le développement. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewfrpdf.pdf?_gl=1*8b6187*_ga*ODM5NTQ2MzQzLjE3MDYzODA5Nzg.*_ga_3W7LPK0WP1*MTcwNjM4MDk3OC4xLjEuMTcwNjM4MDk4OC41MC4wLjA (Consulté le 05 novembre 2022)
 24. Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). (2022b). Évaluation d'impact socio-économique de la COVID-19 sur les entreprises, Résumé exécutif, Alger. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/202208/Rapport%20d%27enqu%C3%AAte%20%20COVID19%20r%C3%A9sum%C3%A9%20ex%C3%A9cutif.pdf> (Consulté le 27 janvier 2024).
 25. Sifer, S. (2017). Les déterminants de la consommation pharmaceutique en Algérie. *La Revue Des Sciences Commerciales*, 16 (5). 24-31.