

***Impact de la transition épidémiologique sur les dépenses de
l'assurance maladie en Algérie***
***Impact of epidemiological transition on health insurance
expenditure in Algeria***

AZRI Khoukha¹, BRAHAMIA Brahim²

¹ Faculté SECG, Université A-Mira Bejaia, Algérie, khoukha_a@yahoo.fr

² Université Salah Boubnider, Constantine 3, Algérie, brahamia@gmail.com

Reçu le:04/02/2023

Accepté le:14/11/2023

Résumé:

L'objectif de cet article est d'analyser l'impact financier de la transition épidémiologique sur les dépenses de l'assurance maladie en Algérie. Cette dernière a subi simultanément l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques et l'allongement de l'espérance de vie. L'impact de la transition épidémiologique sur les dépenses de l'assurance maladie n'est pas encore entièrement appréhendé, à cause de l'ancienneté des tarifs de remboursement en vigueur datant de 1987. Le principal segment de dépense affecté est celui des remboursements des médicaments, pour qui la sécurité sociale a mis en place plusieurs mesures de maîtrise. Or, ces mesures ont réduit la part de la sécurité sociale dans le financement de la santé, au détriment du malade, qui participe de plus en plus au financement de ses soins. Ce qui remet en cause la couverture universelle des malades chroniques. D'où l'urgence de l'actualisation des tarifs de remboursement et l'assouplissement des procédures de prise en charge sociale.

Mots clés: Transition épidémiologique, dépenses, assurance maladie, financement de la santé, Algérie.

Jel Classification Codes: I 130

Abstract:

The objective of this article is to analyze the financial impact of epidemiological transition on health insurance expenditure in Algeria. The latter has been simultaneously affected by the increase in the incidence of chronic diseases and the increase in life expectancy. The impact of the epidemiological transition on health insurance spending is not yet fully understood, because of the age of the current reimbursement rates dating back to 1987. The main segment of expenditure affected is that of drug reimbursements, for which social security has implemented several control measures. However, these measures have reduced the share of social security in the financing of health care, to the detriment of the patient, who participates more and more in the financing of his care. They have reduced the universal coverage of chronically sick. Hence the urgent need to update the reimbursement rates and the easing of social care procedures.

Key Words: epidemiological transition, expenses, health insurance, health financing, Algeria.

JEL Classification: I 130

1. Introduction:

La transition sanitaire est un phénomène mondial lié directement à la réunion de quatre sous-transitions en parallèle. Une transition démographique caractérisée par l'allongement de l'espérance de vie, la baisse de la natalité et le vieillissement de la population. Une transition épidémiologique marquée par l'augmentation de la prévalence des maladies de dégénérescence (chroniques), qui nécessitent une prise en charge médicale longue et coûteuse, et une maîtrise voir une éradication des maladies transmissibles grâce à l'amélioration de la médecine et de la couverture sanitaire. Une transition socioéconomique réunissant l'amélioration du taux d'alphabétisation, du travail féminin, du taux de sédentarité et du revenu par habitant. Une transition nutritionnelle qui renvoie aux changements des habitudes alimentaires devenues malsaines, caloriques et toxiques ce qui a engendré l'essor de l'obésité.

Plusieurs théories expliquent la transition épidémiologique. La première étant celle d'Abdel-Omran en 1971 à travers sa théorie de la transition épidémiologique, en proposant un modèle d'évolution en trois « âges » épidémiologiques, qui permet d'expliquer la transition passant de l'ancien régime de mortalité (le premier âge) au nouveau régime (le troisième âge). La baisse de la mortalité mondiale est attribuée à l'amélioration des conditions de vie, l'assainissement de l'environnement dans les villes, l'utilisation de nouveaux médicaments et le développement de l'assistance médicale. La théorie de la transition sanitaire de Frank J en 1991, est la première théorie mettant la santé au centre d'un schéma explicatif l'ensemble des transformations en œuvre dans les sociétés humaine. La santé et la mortalité se trouvent à la croisée de quatre ensembles de phénomènes en interaction : la démographie, l'environnement, l'organisation sociale et le génome humain. Ces phénomènes sont sans cesse modifiés par les changements culturels, l'évolution scientifique et technologique, le développement économique et l'action politique. En 1999, Shiro Horiuchi a institué la théorie des transitions successives. Il a considéré que l'histoire sanitaire n'a pas connu qu'une seule « transition » majeure mais que d'autres ont déjà eu lieu avant celle à laquelle s'est référé Omran et qu'il peut donc s'en produire d'autres ensuite. Enfin en 2004, Valin et Meslé ont introduit la théorie de divergence-convergence. Cette théorie se base sur les progrès réalisés en termes d'espérance de vie. La dynamique des facteurs depuis le XVIIIe siècle, a conduit aux progrès durables de l'espérance de vie constatés aujourd'hui. L'interprétation du processus historique est d'autant plus importante que la diversité des situations sanitaires aujourd'hui observable est extrême. Chaque innovation majeure est donc susceptible de déclencher un mouvement de divergence-convergence des espérances de vie.

L'Algérie, connaît une transition épidémiologique depuis les années 80, qui demeure au deuxième âge de développement, selon la théorie d'Abdel Omran, où, les maladies

transmissibles persistent encore, face à une expansion considérables des maladies non transmissibles, qui touchent 60% de la population (INSP, 2007).

Par conséquent, les dépenses de santé ne cessent de croître ces dernières années, influencées par la transition épidémiologique, le vieillissement de la population, le développement de l'offre de soins, l'amélioration du niveau de vie des Algériens, et l'extension de la couverture sociale à la majorité de la population (Brahamia, 2014).

Dans ce contexte, à travers cet article, nous allons essayer de répondre à la question de recherche suivante : ***quel est l'impact de la transition épidémiologique sur les dépenses de l'assurance maladie en Algérie ?***

Afin de répondre à cette problématique nous allons-nous baser sur deux hypothèses de réflexion :

Hypothèses 01 : la couverture sociale a évolué pour couvrir tous les risques sanitaires et en faire bénéficier toute la population selon divers régimes. C'est ainsi que le système algérien de sécurité sociale a connu plusieurs amendements depuis sa création au cours de la période coloniale jusqu'à ce jour. La sécurité sociale en Algérie est obligatoire et assure des prestations sociales en nature et en espèces pour toutes les maladies depuis son unification en 1983. Les assurés atteints de maladies chroniques bénéficient, depuis cette date, de plusieurs avantages. On peut citer, notamment, un meilleur taux de prise en charge, certaines exonérations et dispenses de formalités afin de leur permettre un meilleur taux de couverture de la sécurité sociale.

Hypothèse 02 : le cadre législatif portant sur la couverture sociale des malades chroniques s'aligne, à quelques degrés près, sur le système universel. En outre, notre système de sécurité sociale fait face à une hausse disproportionnée de ses dépenses par rapport à ses ressources financières, générées par le vieillissement de la population qui favorise la prévalence des maladies chroniques, ce qui menace son équilibre financier. Pour ce faire, plusieurs mesures ont été initiées pour rationaliser les dépenses, notamment les dépenses de remboursement de médicaments, par une politique d'encouragement à la consommation du générique et le déremboursement de certains médicaments.

L'objectif de cet article est d'analyser l'évolution des dépenses de la sécurité sociale à travers l'impact de la transition épidémiologique en Algérie, notamment le changement épidémiologique. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les données nationales fournies par les établissements publics (ministère du travail et de la sécurité sociale, l'ONS, le conseil de concurrence, etc.).

I- Contexte

Au lendemain de l'indépendance, le profil morbide de la population algérienne était dominé par les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires, favorisées par les conditions d'hygiène défavorables, la malnutrition et l'absence de vaccination (Yocono, 1982). La déclaration des maladies transmissibles est rendue obligatoire depuis 1963 ; quant à leur prise en charge, elle ne cesse de s'améliorer. On peut distinguer 5 principaux groupes de maladies : les maladies à transmission hydrique (MTH), les maladies bénéficiant d'un programme élargi de vaccination (MPEV), les maladies à transmission vectorielle, les zoonoses, et les maladies sexuellement transmissibles.

L'Algérie connaît depuis les années 80 un recul considérable des maladies transmissibles, accompagné d'une émergence des maladies non transmissibles. Ce changement a été acquis grâce à beaucoup d'efforts en matière d'hygiène collective, de vaccination, de couverture et d'éducation sanitaire. Cependant, cet acquis a été compensé par une augmentation de la morbidité des maladies non transmissibles qui sont devenues la principale cause de mortalité en Algérie.

Jusqu'à 1990, les maladies transmissibles constituées la principale cause de décès en Algérie. D'ailleurs d'après les données du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en 1980, les maladies à transmission hydriques (fièvre typhoïde, hépatite virale A, ...) était responsable de 25% des décès chez les enfants de 1 à 14 ans, avec une prévalence de 120 cas/100 000 habitants, la tuberculose touchée 82,5 cas/100 000 habitants, la rougeole avec 120 cas/100 000 habitants, la coqueluche enregistrée 5,2 cas/100 000 habitants, le paludisme avec 2,5 cas/100 000 habitants et la leishmaniose avec 88 cas/100 000 habitants (INSP, 1980-2017). La mortalité causée par les maladies transmissibles est passée de 23,37% en 1995 à 16,8 % en 2016, alors que les décès causés par les maladies non transmissibles sont passés de 62,52% en 1995 (Melki & all, 2018) à 79% en 2019 (Banque mondiale, 2019). Les maladies transmissibles ont été considérablement réduites voire éradiquées, grâce à la généralisation et l'obligation de vaccination des enfants depuis 1969 et l'amélioration des conditions de vie, où les taux de prévalence sont presque nuls (la coqueluche 0,02 cas pour 100 000 habitants, le paludisme 1,1 cas pour 100 000 habitants, etc.) ; tandis que d'autres maladies transmissibles persistent encore (comme la leishmaniose avec 50 cas pour 100 000 habitants, le Sida avec 1800 cas, la tuberculose 50 cas pour 100 000 habitants, etc.) (INSP, 1980-2017). Et d'autres maladies surgies pour la première fois, c'est le cas de la pandémie du Covid. La pandémie du Covid est apparue en décembre 2019 à Wuhan (en Chine), et a touché depuis tous les pays du monde. L'Algérie, n'en est pas épargné par cette pandémie, elle a enregistré son premier cas le 25 février 2020, et depuis le nombre de cas évolue selon les vagues de contamination influencées par les mesures de lutte menées par le MSPRH. D'après le ministère de la santé, en février 2022, l'incidence a

atteint 612,03 cas/100 000 habitants, le taux de mortalité due au Covid a atteint 15,59 décès pour 100 000 habitants; 260 723 cas confirmés et 6703 décès ont été enregistrés depuis le début de la pandémie jusqu'à février 2022 (INSP, 2022).

En parallèle, les maladies non transmissibles se généralisent ce qui provoque une situation de transition où existe une double morbidité des maladies transmissibles et non transmissibles au même temps (2^{ème} âge de la théorie d'Abdel Omran). D'après une récente enquête la MICS6 menée par le MSPRH en collaboration avec l'UNICEF en 2019, la prévalence de certaines maladies chroniques en 2019, serait de 7,5% pour l'HTA, 5% pour le diabète, 1,5% pour les troubles neuropsychiatriques, 1,5% pour les maladies respiratoires, 1,2% pour les MCV, 0,3% pour les cancers (MSPRH & UNICEF, 2019). Ces maladies sont encore favorisées par la transition démographique et le vieillissement de la population, qui sont la résultante de la baisse du taux de mortalité, du taux de natalité et de l'indice de fécondité (Azri & Brahamia, 2018). Ainsi, le taux brut de mortalité a baissé considérablement passant de 10,7 ‰ en 1980 (ONS, 2012) à 4,55 ‰ en 2019. Le taux de natalité pour sa part, est passé de 42,7 ‰ en 1980 à 23,8 ‰ en 2019. L'indice de fécondité a baissé d'une manière remarquable allant de 8,3 enfants par femme en 1970 (Hamza Cherif, 2012) à 3 enfants par femme en 2019 (ONS, 2020). La double morbidité a fait supporter à l'assurance maladie des dépenses considérables de prise en charge.

II- Méthodes

Afin de réaliser ce travail, nous nous sommes appuyées sur l'analyse des données de l'Office Nationale de Statistiques, du conseil de la concurrence, du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, de l'institut national de santé publique (INSP) ainsi que les organismes internationaux tels que l'organisation mondiale de la santé et la banque mondiale. Nous avons examiné l'évolution chronologique de ces données entre 1980 et 2017, certaines données entre 1980 et 2019.

III- Résultats

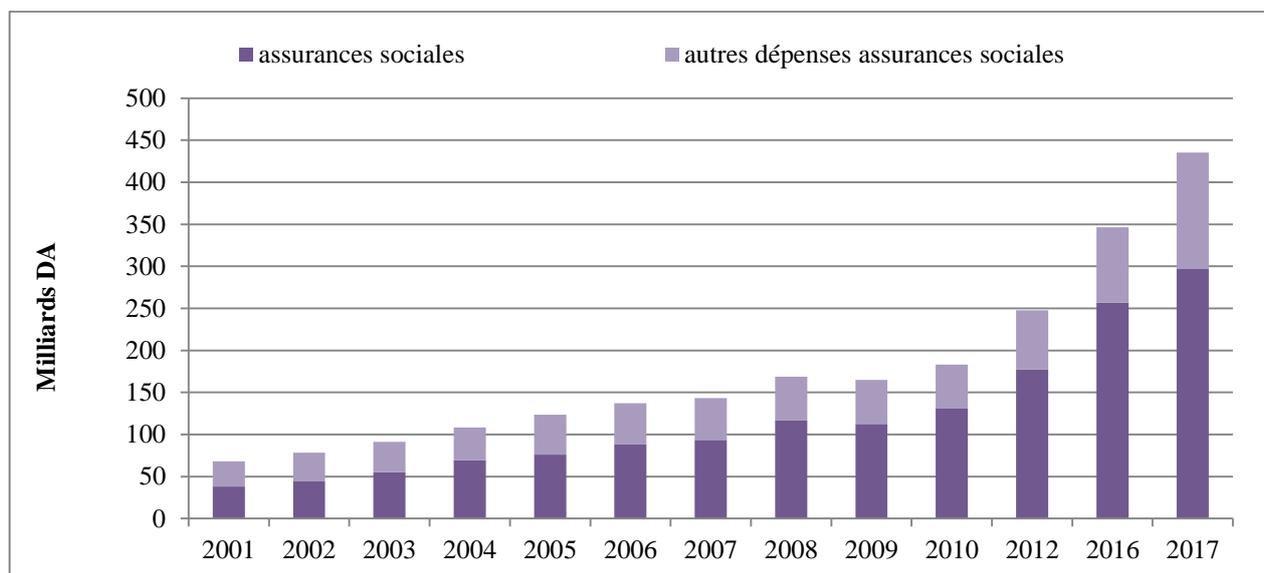
1. Evolution les dépenses de l'assurance maladie sous l'effet de la transition épidémiologique

La transition épidémiologique a eu certes un effet stimulant les dépenses de remboursement des soins de l'assurance maladie, notamment avec l'augmentation de l'espérance de vie à 60 ans. D'ailleurs, les maladies chroniques, sont plus fréquentes chez les personnes âgées, et demandent une prise en charge coûteuse et longues. Dans l'ensemble, la double morbidité causée par la transition, occasionne des dépenses de soins non négligeables pour la sécurité sociale et pour notre système de santé.

1.1. L'évolution des dépenses en prestations sociales de la CNAS

Les dépenses en prestations sociales ont subi une forte progression, notamment les dépenses de remboursement des produits pharmaceutiques et les dépenses d'indemnités journalières, depuis la dernière revalorisation du SNMG. La figure 1 illustre l'évolution des dépenses de l'assurance maladie entre 2001 et 2017:

Figure n° 01: Evolutions des dépenses des prestations sociales de la CNAS (en milliards Da)



Source: Figure et calculs réalisés par nos soins à partir des données de l'ONS : annuaire statistique de l'Algérie, n° 34, chapitre « sécurité sociale », Alger 2018. P. 266.

Les dépenses en prestations sociales ne cessent de s'accroître, passant de 68 milliards de dinars en 2001 à près de 440 milliards de dinars en 2017, dont les dépenses d'assurances sociales qui représentent plus de 68,4% en 2017.

Les autres dépenses englobent les dépenses d'indemnités des accidents de travail et des maladies professionnelles, les forfaits hôpitaux et les prises en charge des transferts pour soins à l'étranger. La structure des dépenses a, elle aussi, subi des mutations, car les assurances sociales accaparent plus de 68% des dépenses, contre une baisse des dépenses de transferts pour soins à l'étranger, inférieure à 1% en 2017, comme l'explique le tableau 1.

Tableau n° 01: Comparaison dans la structure des dépenses de la sécurité sociale (hors retraite) (en %)

		2001	2017
Prestations sociales	Assurances sociales	47,08	68,4
	Accidents de travail et maladies professionnelles	9,13	8,9
	Forfaits hôpitaux	26,5	16,4
	Transferts pour soins à l'étranger	1,78	0,8

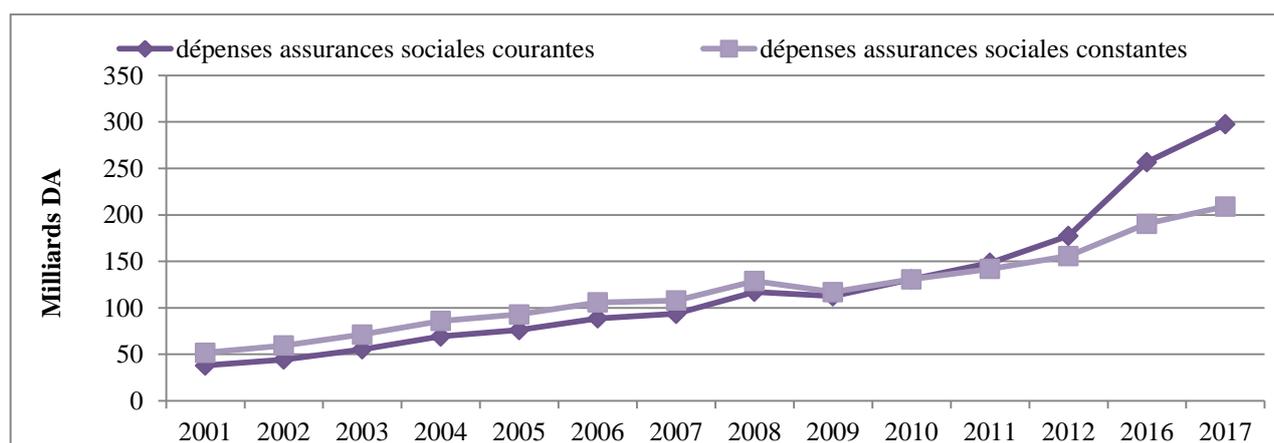
	Dépenses de fonctionnement	15,51	5,5
	Total	100%	100%

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de l'ONS : L'Algérie en quelques chiffres, n°48, chapitre « sécurité sociale », Alger 2018.p. 266.

Pour ce qui est des dépenses pour prises en charge de transferts de soins à l'étranger, elles ont nettement diminué grâce aux conventions de prises en charge signées entre la CNAS et les hôpitaux et cliniques privées spécialisées dans certaines maladies (cliniques d'hémodialyse, cliniques de chirurgie cardiaque, etc.) et des prestations non ou peu disponibles dans le secteur public. Ce qui a permis de réduire nettement la facture de prise en charge des soins à l'étranger.

Bien que les dépenses d'assurances sociales affichent un taux de croissance élevé, l'examen des mêmes dépenses en dinar constant montre une croissance modérée car plus du quart des dépenses représente le produit de l'érosion monétaire, comme l'explique la figure 2.

Figure n° 02: Evolution des dépenses des assurances sociales (en milliards de dinars)



Source : Figure et calculs réalisés par nos soins à partir des données de l'ONS : annuaire statistique de l'Algérie, n° 34, chapitre « sécurité sociale », Alger 2018. P. 266.

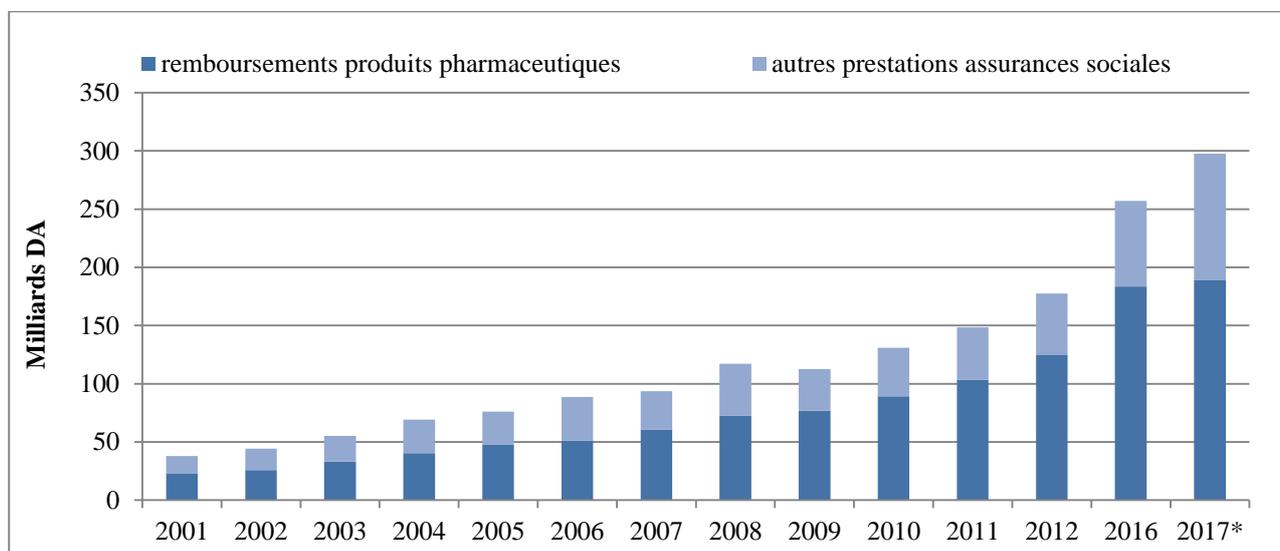
Les dépenses réelles des assurances sociales se sont multipliées par plus de 4 fois en 16 ans, passant de plus de 51 milliards de dinars en 2001 à 209 milliards de dinars en 2017, une évolution importante favorisée par les dépenses des remboursements des médicaments, alors que pour le reste des postes de dépenses, la sécurité sociale est restée presque indemne des effets de la transition épidémiologique, vu qu'elle n'a pas actualisé les tarifs de remboursements des actes médicaux.

1.2. L'évolution des dépenses de remboursement des médicaments

Le poste des dépenses des assurances sociales, parmi les autres dépenses de la sécurité sociale, prend de plus en plus d'ampleur, influencé surtout par l'évolution des dépenses

de remboursement des médicaments qui constituent le principal décaissement dans les assurances sociales, comme le montrent les données de la CNAS dans la figure 3.

Figure n° 03: Evolution de la structure des dépenses des assurances sociales (en milliards de dinars)



Source: Figure réalisée par nos soins à partir des données de l'ONS : annuaire statistique de l'Algérie, n° 34, chapitre « sécurité sociale », Alger 2018. P. 268.

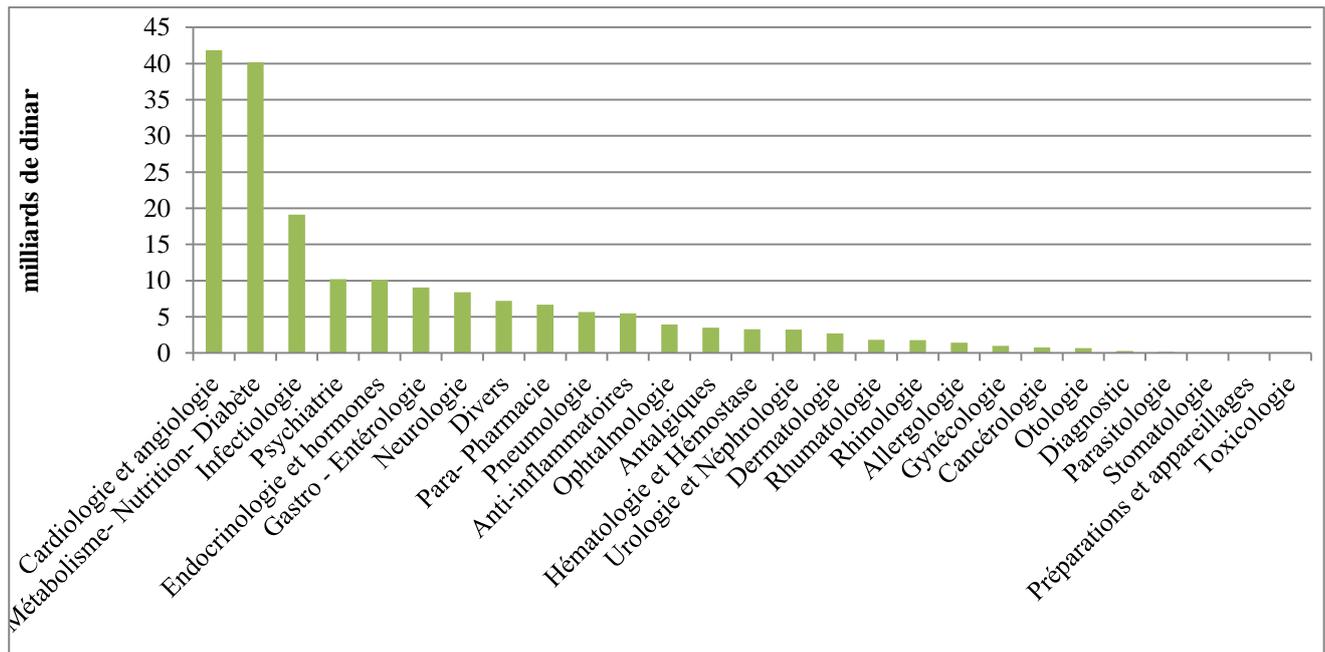
*ONS : Evolution des dépenses de remboursements de médicaments de la CNAS de 2001 à 2017, direction générale de l'ONS, Alger 2018.

Le remboursement des produits pharmaceutiques à atteint 189,3 milliards de dinars en 2017, contre 108,25 milliards de dinars pour les autres prestations des assurances sociales. En ce qui concerne le remboursement des prestations en nature hormis celui des médicaments, le remboursement des consultations médicales, des actes de radiologie, d'analyses médicales, etc., se fait avec des tarifs dérisoires qui sont très loin des tarifs réels de ces prestations.

La CNAS prend en charge le remboursement de l'avance des frais des actes médicaux, suivant leurs tarifs de références prévus dans le code de l'acte professionnel du praticien prévu par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de l'arrêté du 04/07/1987.

De ce fait, l'augmentation de la demande de soins n'a pas eu l'effet attendu sur toutes les dépenses des assurances sociales. Seul le poste des dépenses de remboursement des médicaments a nettement progressé, parce qu'influencé par l'augmentation de la consommation des médicaments très coûteux pour les maladies chroniques. Ce que va confirmer la répartition du remboursement des médicaments par classe thérapeutique dans la figure 4.

Figure n° 04: dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS par classe thérapeutique en 2017 en milliards de dinar



Source : Conseil de la concurrence : Etude sectorielle sur la concurrence du marché des médicaments à usage humain en Algérie, Alger 2019. P. 63. Consulté le 20/09/2020. In, <http://www.conseilconcurrence.dz/wp-content/uploads/2016/07/DECISION-N-01.pdf>

La cardiologie vient en première position pour ce qui des dépenses de remboursement de médicaments par la CNAS. A partir des données de la figure6, trois classes thérapeutiques absorbent plus de 53% des dépenses de remboursement: les médicaments destinés à la cardiologie, au métabolisme et à l'infectiologie, ce qu'illustre le schéma morbide de la population induit par la transition épidémiologique.

La CNAS est le 1^{er} « acheteur » de médicaments en Algérie. Elle a donc un impact important sur le marché pharmaceutique. En effet, un médicament non remboursé se vend moins bien (Conseil de la Concurrence, 2019). Les dépenses de remboursement des produits pharmaceutiques accaparent la majeure partie des dépenses des assurances sociales, et prennent de plus en plus d'ampleur, passant de 60% en 2001, à plus de 73,7% en 2017 des dépenses d'assurances sociales.

Une tendance à la hausse favorisée par l'augmentation du remboursement des médicaments pour maladies chroniques, responsables de 55% des décès en 2016 (INSP, 2016). Sans négliger les dépenses de prises en charge des maladies chroniques nécessitant des interventions chirurgicales à l'égard des maladies cardiovasculaires, maladies articulaires, etc., ou nécessitant des séances régulières de soins comme les malades atteints d'insuffisance rénale. Le remboursement de la dépense en médicaments a représenté un peu plus de 189 milliards DA de déboursés par la CNAS en 2017, un chiffre qui reste loin de la consommation des médicaments, selon les statistiques du

conseil de la concurrence, celui-ci a fait un état de 430 milliards DA de consommation de médicaments durant la même année (Conseil de la Concurrence, 2019).

Il y a lieu de signaler que les cancéreux (le cancer est la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires en Algérie en 2016 (INSP, 2016)) ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale mais totalement par l'Etat, et ce en raison des soins lourds et onéreux qu'ils exigent et qui ne peuvent être pris en charge par la CNAS, selon cette dernière; ce qui explique le faible montant des remboursements des médicaments de cette classe thérapeutique.

A titre illustratif, le plan cancer 2015-2019 a consommé 82,619 milliards de dinars à la charge du ministère de la santé (MSPRH, 2014). Tout de même, la sécurité sociale participe aux dépenses de ce dernier par le biais du forfait hôpitaux qui a atteint 88 milliards en 2019, selon la loi de finance 2019.

Il y a lieu de rappeler que la Loi de Finances de 2017 permet le plafonnement annuel des volumes et montants remboursés par la sécurité sociale, des médicaments onéreux dont l'ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) ne s'avère que significative pour certaines de leurs indications. Dans ces cas-là, le laboratoire doit reverser les montants remboursés excédant les plafonds.

La Loi de Finances 2017 prévoit aussi que le remboursement par la sécurité sociale des médicaments très onéreux peut être subordonné à des contrats de performance dans lesquels les laboratoires s'engagent à reverser à la sécurité sociale les montants de remboursement en cas d'échec thérapeutique. Toutefois, actuellement, en l'absence de textes d'application, cette Loi n'est pas encore appliquée.

Afin de maîtriser la progression des dépenses de remboursement des médicaments par la sécurité sociale, l'Etat a mis en place une politique d'encouragement et de promotion de la consommation du médicament générique par trois volets:

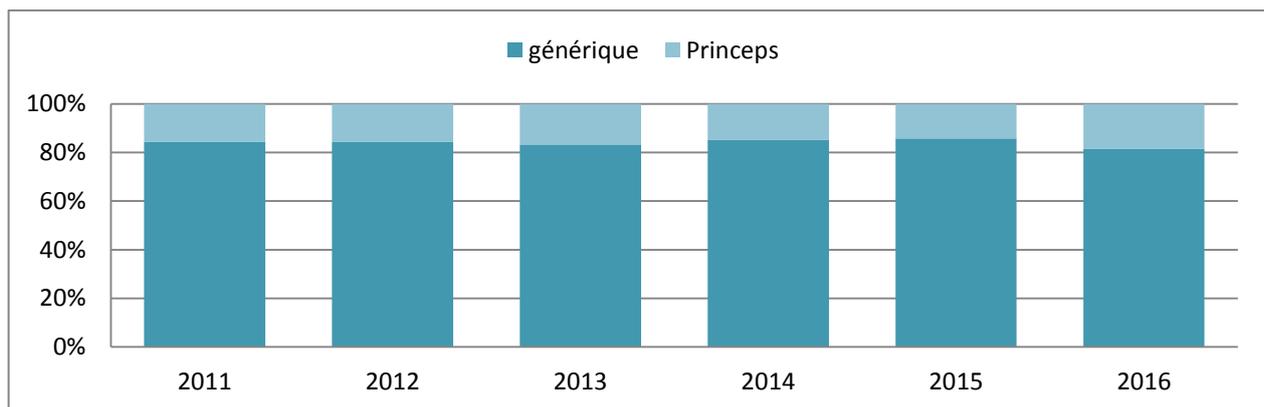
- Des conventions sont conclues entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens médicaux (médecins traitants) selon lesquelles ces derniers s'engagent à prescrire les médicaments génériques et autant que possible des médicaments dont le prix est inférieur au tarif de référence, et/ou des médicaments fabriqués en Algérie, contre une majoration de la rémunération (Décret Exécutif n° 09-116 du 7 avril 2009 fixant les conventions-types conclues entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens médicaux).
- Par l'instauration du tarif de référence et le droit de substitution donné aux pharmaciens. En effet, en 2017, 47 % des médicaments remboursés sont soumis au tarif de référence et 53% sont remboursés au Prix Public d'Achat (PPA) (Conseil de la Concurrence, 2019). D'ailleurs, les pharmaciens reçoivent une

majoration allant de 10% du montant de l'ordonnance au titre de la dispense de produits dont le prix n'excède pas le tarif de référence et une majoration de 20% calculée sur la base du prix du médicament au titre de la dispense de médicaments fabriqués en Algérie lors de la vente d'un médicament générique.

- Par l'interdiction à l'importation des médicaments fabriqués localement (Zehnat & all, 2018).

Sans oublier les campagnes de sensibilisation menées par les pouvoirs publics et les acteurs du secteur de l'industrie pharmaceutique pour promouvoir la consommation du générique, visant à influencer les médecins et les patients dans le but de privilégier la prescription de ce type de médicament moins coûteux et tout aussi efficace que le princeps (molécule d'origine). Cette politique a encouragé la production nationale des médicaments génériques, et a permis d'accaparer 81,48% du marché des médicaments en 2016, comme l'explique la figure 5.

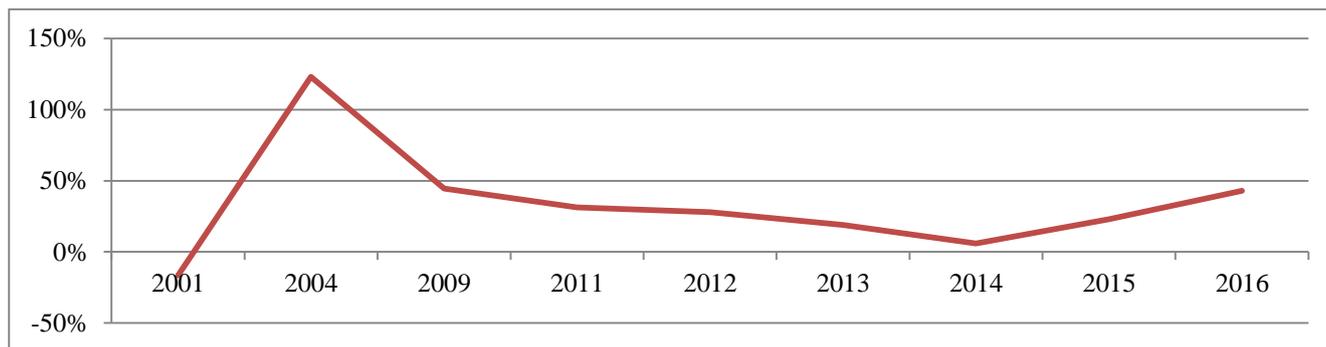
Figure n° 05: Valeur de la production nationale répartie entre princeps et générique en millions de dinar entre 2011 et 2016



Source : MSPRH. Alger 2018.

Bien que le générique ait été fortement encouragé par l'Etat, que ce soit dans le volet production ou dans le volet consommation, le princeps bénéficie d'une certaine notoriété de la part des prescripteurs et des patients, ce qui lui procure une préférence par rapport à sa copie générique. De plus, les princeps procurent en général plus de marges pour les laboratoires, ce qui les pousse à encourager sa commercialisation. D'où une progression modeste de la production nationale de médicament, comme l'illustre la figure 6.

Figure n° 06: Le taux de croissance de la production nationale de médicament en valeur (2000-2016)



Source : MSPRH. Alger 2018.

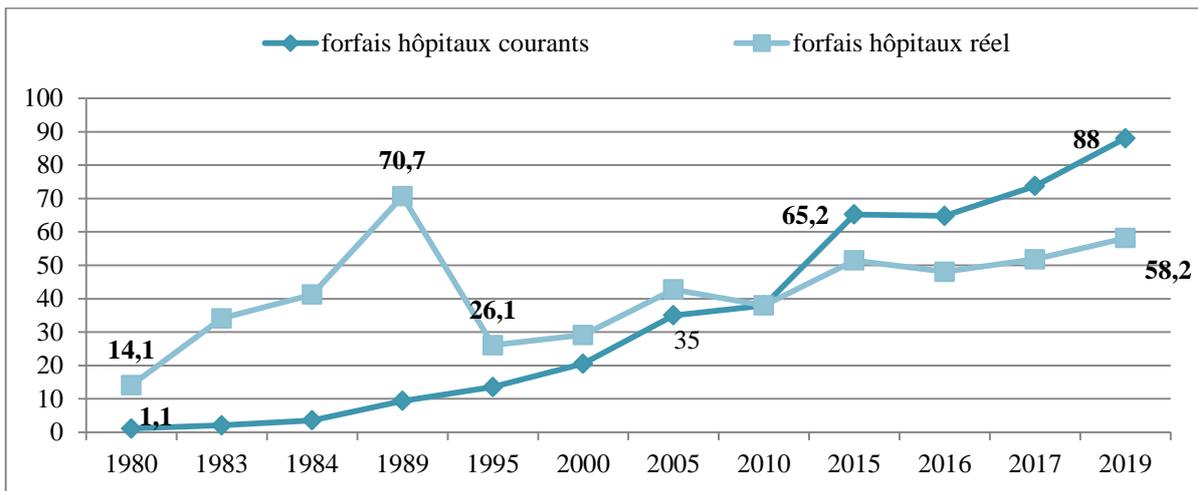
En outre, pour ne pas perdre ses parts de marché, certains laboratoires alignent progressivement les prix du princeps sur celui du générique^{*}. C'est ainsi que la part des génériques dans les prescriptions est de 36,6% dans le secteur public contre 35,5% seulement pour le secteur privé en 2017 (Kaddad & all, 2017). De ce fait, la CNAS envisage désormais de réglementer le marché des médicaments, non seulement par le prix, mais aussi par les quantités consommées, en plafonnant les volumes distribués par type de pathologies connues, selon les lois de finance de 2016 et 2017.

Or, les dépenses totales de remboursement des médicaments (toutes caisses confondues) ont atteint 212 milliards DA en 2017 : ce montant ne représente, selon les données du conseil de la concurrence, que 60,57% du marché des grossistes-répartiteurs et qu'environ 49,30% du marché officinal estimé à 430 milliards DA (Conseil de la Concurrence, 2019). Ces chiffres indiquent que presque la moitié du chiffre d'affaires des officines serait effectivement assurée par les malades, ce qui est loin d'une couverture sociale universelle qui réduit sensiblement leur accessibilité financière aux soins.

1.3. L'évolution du forfait hôpitaux en Algérie

La sécurité sociale participe aux prestations en nature fournies par les structures de soins par le biais du forfait hôpitaux qui est fixé chaque année dans le cadre de la loi de finances. La figure 7 illustre l'évolution du forfait hôpitaux en dinar courant et en dinar constant (base 2010) entre 1980 et 2019.

^{*} A cet effet, certains princeps sont même devenus moins chers que leurs copies génériques comme c'est le cas par exemple de Clamoxyl 1g, Doliprane, Tahor, Cardular, Duamicron30, Amarel, etc.

Figure n° 07: Evolution du forfait hôpitaux de 1980 à 2019 (en milliards DA Base 2010)

Source : Figure réalisée par nos soins à partir des lois de finances de 1980 à 2019.

L'examen des données réelles montre que le montant du forfait hôpitaux a connu une légère hausse en quadruplant durant 39 ans, contrairement à ce que nous montrent les données courantes qui exposent un coefficient de multiplication de plus de 78. Toutefois, un pic à la hausse a été enregistré en 1989, relatif à la valeur de la monnaie avant le Plan d'Ajustement Structurel (PAS), et la dévaluation importante de la monnaie durant la décennie 90. La progression du forfait hôpitaux est presque stable depuis 2015, vu le contexte de crise économique que connaît le pays et l'évolution du taux d'inflation.

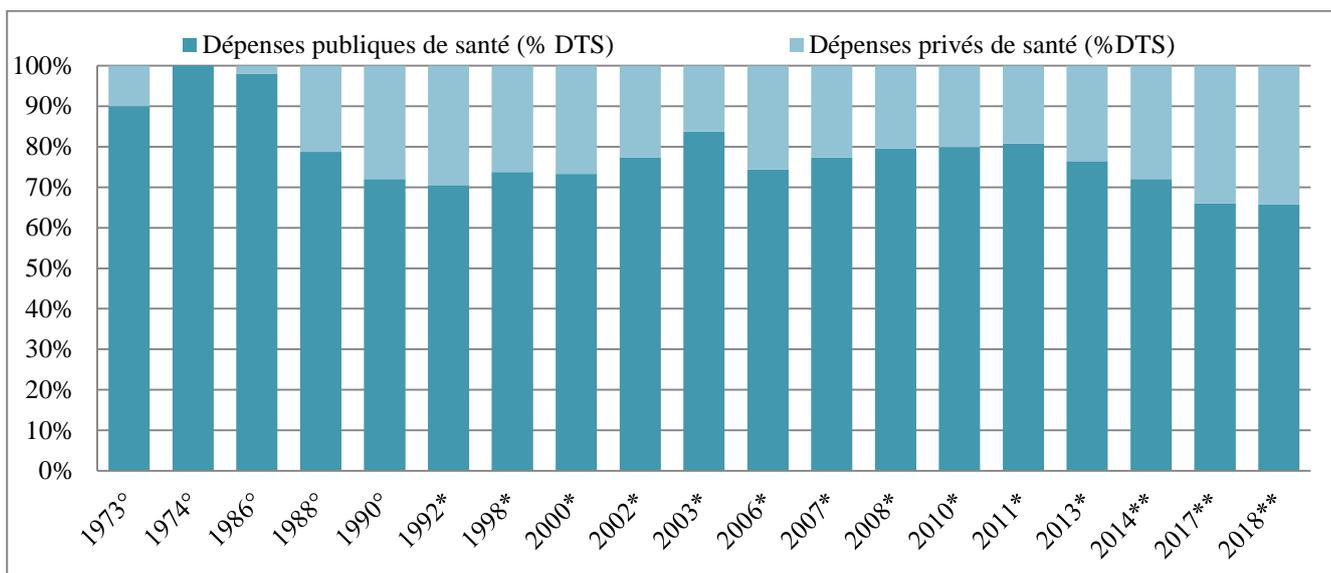
Les dépenses, pour leur part, continuent de progresser, notamment les dépenses de remboursement de produits pharmaceutiques. Cet état de fait a contraint la CNAS à instaurer des mécanismes de maîtrise des dépenses, par le biais du tarif de référence, du déremboursement de certains médicaments, de l'encouragement du médicament générique, etc. Ces mécanismes ont certes permis à la CNAS de préserver son équilibre financier, mais ils ont réduit par ailleurs la couverture sociale des malades qui se voient supporter la différence de frais non pris en charge par la sécurité sociale, ce qui restreint ainsi leur accessibilité financière aux soins.

2. LA STRUCTURE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE ENTRE 1973 ET 2018

La participation de chaque acteur (public et privé) dans les dépenses de santé a subi plusieurs modifications depuis 1973, d'un financement quasi-public à une part de plus en plus importante des dépenses privées. Les dépenses publiques de santé englobent les dépenses de la sécurité sociale et du Trésor public à travers les prélèvements obligatoires et les cotisations de l'assurance maladie. L'évolution des dépenses de santé nationale est représentée dans la figure 8. L'évolution de la structure des dépenses de santé a connu 5 périodes distinctes:

- avant 1974 : avant l'instauration de la gratuité des soins, les dépenses publiques accaparent 90% des dépenses de santé. A cette période, les revenus du pays étaient modestes et le secteur privé était peu développé (Zehnati, 2014).
- Entre 1974 et 1987 : avec l'instauration de la gratuité des soins en 1974, avec l'Ordonnance n° 73-65 du 28/12/1973, la part des dépenses publiques a atteint 100%. Une situation favorisée par l'amélioration des revenus de l'Etat avec la nationalisation des hydrocarbures en 1971, et sa volonté de supprimer les inégalités d'accès aux soins et de mettre en place une justice sociale (la médecine gratuite, la scolarisation gratuite, la terre à celui qui la travaille, le droit au logement, le soutien des prix aux produits de première nécessité, etc.) (Martinez, 2010).
- Entre 1988 et 2000 : durant cette période la part des dépenses publiques a baissé sous l'effet de la crise du choc pétrolier de 1988 et du PAS en 1990. La préoccupation de l'Etat durant cette période était de réduire les déficits budgétaires et de rétablir l'équilibre macroéconomique sous les directives du FMI (Talha, 2001).

Figure n°8: Structure des dépenses de santé en Algérie



Source : Figure réalisée par nos soins à partir de :

° Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, Alger.

*Zehnati a, op cit. p. 64

**Banque Mondiale: Banque de données, consulté le 06/06/2020. In, <https://data.worldbank.org/indicateur/SH.XPD.GHED.CH.ZS>

- Entre 2001 et 2011 : cette période est caractérisée par le retour de l'Etat dans le financement des grands projets publics, dont les dépenses de santé, qui sont passées de 77,43% en 2001 à 80,75% en 2008. Une situation favorisée par

l'amélioration des revenus de l'Etat dont le PIB est passé de 113,7 à 165,8 milliards de dinars pour la même période (Banque Mondiale, 2011).

- De 2011 à 2018 : cette période connaît un recul des administrations publiques dans le financement de la santé, où leur part dans les dépenses totales de santé est passée de 80,75% en 2011 à 65,83% en 2018. Cette baisse est expliquée par les différentes mesures de régulation des dépenses publiques de santé instaurées (tarifs de références (2006), déremboursement (1990), ticket modérateur (mis en place en 1995), carte sanitaire (2007), numérisation, contrôle des prix des médicaments, contrôle des budgets des hôpitaux et contrôle et tarification des horaires (Abou & Brahamia, 2017). Les dépenses privées de santé dépassent pour la première fois 30% depuis l'instauration de la gratuité des soins et se stabilisent à 34,17% en 2018.

IV- DISCUSSION

Avant 1988, l'Etat et la sécurité sociale étaient presque les seuls bailleurs de fonds des soins. D'ailleurs les dépenses publiques représentaient 98,41% des dépenses totales. Les dépenses privées ont progressé à partir de 1988 avec la libéralisation économique et la privatisation du secteur des soins (Zehnati, 2014). D'après les données de la Banque Mondiale (Banque mondiale, 2021), comparées aux pays du Maghreb, la part des dépenses de santé publiques en Algérie est plus grande en 2018, par rapport à la Tunisie où elle est de 57,37% et au Maroc où elle n'a atteint que 40,19% seulement. Comparée à d'autres pays dans le monde aux systèmes de santé performant ayant affiché de meilleurs indicateurs sanitaires, l'Algérie doit encore faire des efforts en terme de financement public de la santé. A ce titre, les dépenses publiques représentent par rapport aux dépenses totales de la santé: 73,37% en France, 83,88% au Danemark, 89,91% à Cuba, 78,6% au Royaume Uni et 84,09% au Japon.

La décomposition des dépenses publiques montre que la proportion des dépenses de santé supportée par la sécurité sociale est restée presque stable entre 2000 et 2014, comparée à la proportion financée par l'Etat qui a varié entre 37% et 54%. Par contre en 2018, la part des dépenses de la sécurité sociale a baissé à 26% seulement du total des dépenses de santé, loin derrière la part des ménages à 34%! Et celle de l'Etat à presque 40%. Ce recul de la sécurité sociale quant au financement des dépenses de soins, s'explique par un souci d'équilibre financier et de ressources limitées (Azri K. , 2022).

Une baisse de participation au financement dans un contexte d'augmentation de besoins de soins de santé se répercute sur l'accessibilité financière des malades aux soins, notamment des plus démunis. Bien que les données montrent une progression continue des dépenses de l'assurance maladie, elles ne concernent réellement que principalement les dépenses de remboursement des médicaments. Le reste des dépenses de soins (mise

à part les conventions avec les cliniques privées) ne sont pas pris en charge convenablement, vu la non actualisation de la nomenclature des tarifs de remboursement des actes médicaux, des radiologies et analyses biochimiques qui date de 1987, alors que celle de l'appareillage remonte à 1962. Des dépenses qui incombent souvent sur le malade. D'ailleurs, les comptes nationaux de la santé de 2012, relevaient que les ménages contribuaient plus aux dépenses nationales de santé (à hauteur de 24,7% des dépenses totales) que l'assurance maladie elle-même (avec 21,3% seulement des dépenses totales), derrière l'État qui contribuait à hauteur de 44,3% à la dépense nationale de Santé (MSPRH, 2012).

V- CONCLUSION

L'Algérie a traversé une série de transitions d'ordre épidémiologique, démographique, économique, social et nutritionnel ayant contribué fortement à la modification de la demande de soins, et par conséquent de la consommation de soins qui devrait être prise en charge par la sécurité sociale. L'Algérie a opté pour une politique faisant de la sécurité sociale, une composante essentielle, un facteur privilégié destiné à consolider la solidarité et à promouvoir par là même la justice sociale et ce à travers une assurance maladie universelle. Cette assurance maladie constitue le point névralgique de tous les systèmes de sécurité sociale contemporains.

Le vieillissement de la population, et l'allongement de l'espérance de vie a eu pour conséquence l'augmentation des maladies chroniques plus fréquentes chez les vieux. En effet, le régime de sécurité sociale a mis en place différentes mesures tendant à l'amélioration des prestations servies aux assurés sociaux, et ce en fonction de l'évolution de la demande, notamment celle induite par des maladies chroniques. La couverture des malades chroniques par la sécurité sociale a été instaurée à partir de la loi cadre de 1983 qui prévoit les conditions d'accès et les avantages accordés en matière de prestations en nature et en espèces. Les malades chroniques bénéficient d'une prise en charge particulière et spécifique qui se caractérise par des mesures prises au fur et à mesure qu'apparaissent de nouveaux besoins de ces malades.

Face à une progression continue des dépenses, dont les dépenses de remboursement des médicaments représentent 60% des dépenses de la sécurité sociale en 2017, plusieurs efforts ont été déployés par la sécurité sociale afin de les maîtriser en instaurant le tarif de références et en encourageant la production nationale du générique, par le biais de l'encouragement à la prescription, l'accord du droit de substitution aux pharmaciens et la majoration de leur marge. Ces mesures ont permis l'augmentation relative de la consommation des médicaments génériques de 45% en 2017, mais pas la baisse des dépenses de l'assurance maladie. En effet, en avril 2018, 47% des médicaments sont soumis au Tarif de référence. Il reste donc 53% médicaments dénomination commune internationale-forme-dosage qui sont remboursés au Prix Public Algérien (PPA). Ainsi,

les médicaments remboursables non-soumis au tarif de référence continuent d'être remboursés sur la base de leur Prix Public Algérien (PPA) à hauteur de 80% et, pour les malades chroniques, à hauteur de 100% comme les insulines et les antihypertenseurs, en dépit de leur prix élevé et qui représentent plus de 18% des ventes en officine en 2017 (Azri & Brahamia, les défis de l'industrie pharmaceutique face à la transition sanitaire en Algérie, 2018).

Par ailleurs, un segment des dépenses lié, notamment aux actes médicaux et de diagnostics, non pris en charge par la sécurité sociale, incombe au malade, ce qui remet en cause le principe de la prise en charge à 100% de cette catégorie d'assurés par l'assurance maladie. Cette dernière ne prend en charge réellement que le remboursement des dépenses de médicaments et de certains actes médicaux avec des partenaires conventionnées, à l'égard des cliniques spécialisées dans la chirurgie cardiovasculaires et dans le traitement de l'insuffisance rénale. D'où la nécessité de la révision des procédures et des tarifs de remboursement de la sécurité sociale.

VI- Liste bibliographique

- Abou, Y., & Brahamia, B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *INSANIYAT n°75-76*.
- Azri, K. (2022). Impact de la transition sanitaire sur l'offre de soins et sur le système de sécurité sociale en Algérie: cas de la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans la wilaya de Bejaia. *Thèse de doctorat en Sciences*. Bejaia, Algérie: université Abderrahmane Mira.
- Azri, K., & Brahamia, B. (2018). La transition démographique en Algérie. *Les cahiers du MECAS*, 46-56.
- Azri, K., & Brahamia, B. (2018). Les défis de l'industrie pharmaceutique face à la transition sanitaire en Algérie. *Journal of Industrial Economics*, 55-56.
- Banque Mondiale. (2011). *Le PIB de l'Algérie en dinars constant 2010*. Consulté le 05 23, 2021, sur perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays/?codeStat=NV.IND.TOTL.ZS&codePays=DZA&codeTheme=2
- Banque mondiale. (2019). Consulté le 11 14, 2019, sur <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.POP.1564.TO.Z>
- Banque mondiale. (2019). *cause de décès, par maladies non transmissibles*. Consulté le 06 23, 2022, sur donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DTH.NCOM.ZS?locations=DZ
- Banque mondiale. (2021). *Les dépenses publiques de santé*. Consulté le 05 24, 2021, sur world bank: <https://data.worldbank.org/indicateur/SH.XPD.PVTD.CH.ZS>
- Brahamia, B. (2014, 01 19). *Transition sanitaire en Algérie, les défis de financement de l'assurance maladie*. Consulté le 06 22, 2019, sur http://www.sante.dz/colloque/docs/transition_sanitaire_algerie_brahmia.pdf
- Conseil de la Concurrence. (2019). *Etude sectorielle sur la concurrence du marché des médicaments à usage humain en Algérie*. Alger: conseil de la concurrence.
- FRIEDMAN, B. (1973). Risk aversion and the consumer choice of health insurance option. *Econometrica*.
- Hamza Cherif, A. (2012). *Vieillesse démographique en Algérie: réalité et perspectives*. Consulté le 06 23, 2022, sur [enssea: chrome-extension://oemmndcblboiebfnladdacbfmadadm/http://www.enssea.net/enssea/moultakayat/2012/polpub/2012-31.pdf](http://www.enssea.net/enssea/moultakayat/2012/polpub/2012-31.pdf)

- INSP. (1980-2017). *relevés épidémiologiques annuels Algérie*. Alger: INSP.
- INSP. (2007). *enquête nationale santé TAHINA*. Alger: INSP.
- INSP. (2016). *cause médicale de décès en Algérie 2015-2016*. Alger: INSP.
- INSP. (2022). *situation épidémiologique au 11 février 2022 du Covid 19 en Algérie*. Alger: INSP.
- Kaddad & all. (2017). Les déterminants du coût de la prescription: cas d'une pharmacie d'officine en Algérie, étude rétrospective. *Batna Journal of medical scienc.*
- Luttmer Andrew & all. (2012). The welfare cost of perceived policy uncertainty: evidence from social security. *Working paper, Journal of Mathematical Economics*.
- Martinez, L. (2010). Algérie : les illusions de la richesse pétrolière. *Les études du Centre d'Etudes et de Recherches Internationales*.
- Melki & all. (2018). La mortalité dans les pays du Grand Maghreb (1990-2015): Causes de décès et tendances. *La Tunisie médicale, Vol 96*, 1-13.
- Merouani & all. (2014). Le système algérien de protection sociale : entre Bismarckien et Beveridgien. *Les cahiers du CREAD n°107-108 Alger*.
- MSPRH & UNICEF. (2019). *enquête par grappe à indicateurs multiples MICS 6*. Alger: MSPRH & UNICEF.
- MSPRH. (2012). *les comptes nationaux de la santé en 2012*. Alger: MSPRH.
- MSPRH. (2014). *Plan national cancer 2015-2019*. Alger: MSPRH.
- ONS. (2001-2017). *Annuaire statistique de l'Algérie*. Alger: ONS.
- ONS. (2002). *démographie algérienne en 2001, rapport N°353*. Alger: ONS.
- ONS. (2011). Enquête emploi auprès des ménages 2011. *ONS*.
- ONS. (2012). *Rétrospective Statistique 1962 –2011*. Alger: ONS.
- ONS. (2018). *L'Algérie en quelques chiffres, résultats 2015-2017 n°48*. Alger: ONS.
- ONS. (2020). *démographie algérienne 2019, rapport n°890*. Alger: ONS.
- ONS. (2020). *démographie algérienne 2019, rapport N°890/Bis*. Alger: ONS.
- Sidhom, K. (2019). *Conférence de presse de DG de la CASNOS « Youcef ChawkiAchek »68 milliards de dinars en 2018*. Consulté le 09 20, 2020, sur reporters: <https://www.reporters.dz/casnos-68-milliards-de-dinars-en-2018-mais-la-caisse-ne-fait-pas-encore-recette/>
- Souag, A. (2018). *Economie informelle et les politiques d'emploi en Algérie: quel impact?* Paris: université Paris-Est, thèse de doctorat en économies et finances.
- Talha, L. (2001). L'économie algérienne au milieu du gué: le régime rentier à l'épreuve de la transition institutionnelle. Dans A. MAHIOU, & J. HENRY, *où va l'Algérie?* (p. 125). Marseille Aix: institut d'études et de recherches sur les mondes arabes et musulmans.
- Yocono, X. (1982). Les pertes algériennes de 1954 à 1962. *Revue de l'Occident musulman et de la Méditerranée*, 120-143.
- Zehnati & all. (2018). Les facteurs influençant le coût de la prescription médicamenteuse en Algérie. *Les cahiers du CREAD*, 34(03).
- Zehnati, A. (2014). *Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie*. Bejaia: thèse de doctorat en sciences économiques, université de Bejaia.