Revue d'Economie et de Statistique Appliquée
Volume 22, number 01, June 2025
ISSN : 1112-234X EISSN : 2600-6642
Pages : 195 - 209

THE ALGERIAN HEALTH SYSTEM: BETWEEN UNIVERSAL ACCESS TO CARE AND COST CONTROL

LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN : ENTRE UNIVERSALITÉS DES SOINS ET MAITRISE DES COUTS

[*]**Hanane MADANI**:
Économie et statistique appliquée à l'École Nationale de Statistique et Économie Appliquée
Maitre assistante à l'Université mouloud Mammeri de TIZI OUZOU.
Email : abdouchehanane1610@gmail.com

Saliha OUADAH :
Professeure à l'Ecole Nationale de Statistique et Economie Appliquée
Directrice du Laboratoire LASAP, ENSSEA
Email : souadah@yahoo.fr

Reçu le: 20/02/2025 **Accepté le :** 26/05/2025 **Publication en ligne le**: 03/06/2025

RÉSUMÉ :
Le système de santé algérien est principalement restreinte. L'État reste pour les démunis. Malgré des défis socio-économiques, l'Algérie dispose de capacités techniques et financières solides, soutenues par des investissements dans le secteur social. Cet article vise une approche pragmatique pour relever les défis démographiques et épidémiologiques tout en promouvant.

Mots clés : Algérie, dépenses de santé, intérieur brut, politiques de financements, couverture santé.

ABSTRACT:
The Algerian healthcare system is primarily based on a dominant public sector, an expanding private sector, and a limited parapublic sector. The state remains responsible for health, focusing on prevention, equity, and access to care for the underprivileged. Despite socio-economic challenges, Algeria has strong technical and financial capacities, supported by investments in the social sector. Future orientations aim for a pragmatic approach to address demographic and epidemiological challenges while promoting equitable, affordable, and quality healthcare.

Keywords: Algeria, gross. Domestic. product, financing. policies,. Health. coverage,. Health expenditures.

[*]Hanane MADANI

I. INTRODUCTION

Depuis son indépendance, l'Algérie a mis en œuvre significatives en ce qui concerne la santé, parallèlement, le taux de mortalité infantile a considérablement diminué, évoluant de 180 décès pour 1 000 naissances vivantes à seulement 18 pour 1000 sur la même période. Toutefois, ces acquis sont aujourd'hui menacés par des dynamiques épidémiologiques, démographiques et économiques complexes.

Le système de santé algérien était principalement axé sur un secteur public prédominant, offrant des soins gratuits. À partir des années 1970, un secteur privé a commencé à se développer, et depuis 1999, des médecins spécialistes sont autorisés à exercer dans les deux secteurs. Ce modèle de financement montre aujourd'hui ses limites confronté à la hausse des besoins en santé, aux contraintes budgétaires croissantes ainsi qu'aux transitions démographiques et épidémiologiques. pouvoir d'achat. Parallèlement, les recettes de la sécurité sociale sont insuffisantes pour couvrir les dépenses croissantes.

Alors que de nombreux pays, influencés par la mondialisation, adoptent une approche où le patient est assimilé à un client(1), l'Algérie conserve une politique traditionnelle basée sur la gratuité des soins, dans laquelle le patient n'est pas considéré comme un client. Par ailleurs, les caisses d'assurance publiques jouent un rôle essentiel dans la garantie d'un accès universel aux soins.

L'État doit chercher à optimiser et leur efficacité globale ainsi que la qualité des soins qui revêt une importance cruciale et nécessite une attention urgente. Il est nécessaire d'entreprendre les coûts de la santé connaissent une croissance rapide et où les enjeux sanitaires deviennent de plus en plus complexes, comment garantir un système de santé durable, équitable et accessible pour tous ? Plus précisément :

- Quelles stratégies pourraient améliorer l'efficience du financement, notamment en équilibrant les contributions entre l'État, les ménages et les autres acteurs (assurances, entreprises) ?

- Comment réduire les inégalités d'accès aux soins tout en assurant une complémentarité efficace entre le secteur public et privé ?

- Quelles réformes structurelles sont nécessaires pour anticiper les besoins croissants liés au vieillissement démographique et à l'explosion des MNT ?

Objectifs de l'étude

Ce travail vise à :

1. une meilleure maîtrise des dépenses.

2. Analyser les inégalités d'accès populations rurales font souvent face à un manque d'infrastructures médicales, de personnel qualifié et de services spécialisés, ce qui limite leur prise en charge. Par ailleurs, le secteur privé, bien que mieux équipé et offrant des soins plus rapides, reste financièrement inaccessible pour une grande.

3. et ressources humaines.

4. Analyser les évolutions du système de santé et les défis émergents lies à son adaptation aux besoins de la population.

5. Transition, représentant plus de 70 % des décès. Cette transition épidémiologique augmente les besoins en soins de longue durée et en traitements coûteux, ce qui intensifie la pression sur.

6. entre 1995 et 2012, passant de 53 dollars US à 279 dollars US, et qui représentent aujourd'hui 6,3 % du PIB. Cette hausse résulte à la fois d'une.

7. , des inégalités persistent entre les zones rurales et urbaines. Le secteur public, bien que dense, peine à répondre à la demande croissante, tandis que le secteur privé demeure.

II. LE SYSTÈME DE SANTE EN ALGÉRIE : FORMATION ET ÉVOLUTION :

sanitaire structurant et central. Depuis son indépendance, d'importants efforts ont été engagés pour développer les infrastructures médicales, moderniser.

»[1]. Bien que ces structures se soient véritablement imposées au cours des années 1960, le concept de « secteur sanitaire » trouve ses racines dans une période antérieure.

Le système de santé algérien a évolué à travers différentes phases, influencées par les contextes historiques, politiques et économiques du pays :

1. Période avant 1830 : la période précoloniale.

À cette époque, la notion de santé publique ou de sécurité sociale n'existait pas encore. En Algérie, les pratiques médicales reposaient essentiellement sur des méthodes traditionnelles, marquées par une riche diversité culturelle. Ces pratiques mêlaient la médecine ancestrale, les apports de la culture arabo-musulmane et les savoirs hérités des civilisations passées. Les soins étaient principalement dispensés par des guérisseurs locaux, des sages –femmes et dans les mosquées, où des remèdes étaient proposés aux membres de la communauté.

[1]Loi sanitaire 85.05: Art 4.

2. Période. coloniale (1830-1962) :

Le système de santé algérien a été profondément marqué par l'héritage de la colonisation française, qui a influencé son organisation et son développement. Les hôpitaux et dispensaires réalisés par les autorités coloniales étaient principalement réservés aux colons européens et se trouvaient essentiellement dans les zones urbaines. Vivant dans des conditions sanitaires préoccupantes, les algériens rencontraient d'importantes difficultés pour obtenir des soins de santé, tout en vivant dans des conditions sanitaires préoccupantes, marquées par une forte prévalence de maladies infectieuses telles que la tuberculose et le paludisme. Pendant cette période, la médecine moderne a commencé à s'implanter, avec la création d'hôpitaux et de dispensaires, mais l'accès aux soins pour les Algériens restait limité.

3. Période post-indépendance (1962-1973) :

)[2]. Le déficit considérable en ressources humaines, particulièrement en médecins et en personnel fortes inégalités, aggravant encore la situation, se concentrant principalement dans les zones urbaines du Nord et les régions agricoles prospères. Cela laissait la majorité de la population, essentiellement rurale (85% sur une population de 11.8 millions d'habitants), sans accès aux soins de base. En 1962, le contexte sanitaire était critique, caractérisé par la propagation.

à la naissance atteignait à peine 51 ans. Le secteur de la santé était en crise profonde, notamment en raison du départ d'un grand nombre de médecins, pharmaciens et gestionnaires de santé français. En 1962, l'Algérie ne disposait plus que de 345 médecins sur les 1 279 initialement en poste, dont une majorité étaient des étrangers, ce qui correspondait à un médecin pour 8 000 habitants. De même, le nombre de pharmaciens était extrêmement faible, avec seulement 70 praticiens sur 204, incluant ceux de nationalité étrangère, soit environ un pharmacien pour 57 000 habitants[3].

La reconstruction du système de santé représentait un défi colossal, cela nécessite techniciens, etc.) afin n. Cet immense chantier était devenu une priorité urgente en[4] :

- : on enregistrait 180 décès pour 1000 nouveau- nés
- Espérance de vie réduite : elle plafonnait 51 ans pour la population algérienne.

[2]Mostefa khiati (2017), La santé en Algérie, OPU, page 57.

[3]www.aps.dz;sante,science-technologie ;« soixantaine de l'Indépendance : la formation médicale en Algérie, en constante adaptation aux mutations démographiques » Publié Le : Vendredi 23 Septembre 2022 à 16:20.

[4]Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (2019). "Rapport sur l'état de la santé en Algérie."

- Très faible présence des médecins : on comptait seulement 1,2 à 1,6 médecins pour 10 000 habitants.
- Très peu de chirurgiens-dentistes : leur densité était de 1 à 2 pour.
- obstacles majeurs pour accéder aux structures de santé.
- Une situation économique et sociale critique marquée par une pauvreté généralisée et un taux d'analphabétisme atteignant 80%.
-

4. La ph-ase 1974 à 1986 : Une pér-+iode de so+ins de sa-nté gratuits.*

de l'État, offrant à l'Algérie les moyens de mettre en œuvre un ambitieux programme de développement à travers les révolutions

culturelle ». En janvier 1974, les soins de santé sont devenus gratuits pour tous les citoyens.

En février 1973, une reforme du système de santé a été mise en place par décret, organisant le territoire en secteurs sanitaires alignés sur les limites des daïras. Chaque gestion administrative de l'hôpital principal. Cette réorganisation avait pour à une meilleure répartition des ressources.

plus de quarante nouveaux hôpitaux ont été construits durant cette période, renforçant ainsi l'infrastructure sanitaire du pays.

La réforme sanitaire de 1974 a introduit le concept de ***"secteurs sanitaires"***, divisant le territoire en unités géographiques pour garantir une meilleure couverture des soins. Ce découpage a nécessité la construction de nouvelles infrastructures, notamment des hôpitaux.

Cette reforme visait à créer un système de santé plus cohérent, efficace et organisé, un cadre administratif unifié sous l'autorité du Bien que le nombre d'hôpitaux ait augmenté, des problèmes ont commencé à apparaitre, notamment :

- Une répartition géographique déséquilibrée marquée par une concentration des infrastructures dans les grandes villes au détriment des zones rurales.
- Une architecture souvent inadaptée aux besoins locaux et aux spécificités environnementales.

En 1984, le segment parapublic disparaît complètement, marquant un tournant dans l'organisation du système de santé en Algérie. En effet, l'intégration des structures parapublique dans les secteurs sanitaires a été marquée par plusieurs difficultés, impactant son efficacité. Tout d'abord, une, la continuité des activités, qui a souvent été perturbée les statuts du personnel ont entrainé des employés. Ces défis ont souligné l'importance d'une planification plus rigoureuse, de ressources additionnelles et d'une.

sanitaires regroupaient les établissements publics de soins, assurant une couverture médicale à large échelle. De l'autre ambulatoires. Cette orientation a permis de répondre à une demande croissante pour des services rapides et accessibles, tout en complétant l'offre du secteur public.

Toutefois, en privilégiant des activités généralement plus rentables, elle a également accentué un déséquilibre dans la répartition des ressources, laissant au secteur public la responsabilité majeure des soins hospitaliers complexes, souvent moins lucratifs.

Par ailleurs, une interprétation plus stricte de la par les patients. Cette évolution a réduite la contribution financière de l'État au système de santé, les plus défavorisées ont été particulièrement affectées, voyant leur accès aux services de santé se restreindre en raison de ces coûts supplémentaires, cette situation souligne les défis liés au financement des systèmes de santé et la nécessité de concilier gratuité des soins et pérennité économique.

5. La période 1987-1992 :

À partir de 1986, l'Algérie, fortement dépendante des revenus pétroliers, fait fasse à une chute drastique des prix du pétrole, provoquant ainsi l'endettement. Le secteur public hospitalier, déjà fragile, est durement touché, avec des difficultés croissantes dans enregistre un déclin notable.

Suite à cette crise, l'État encourage le développement du secteur libéral à partir des années 1990, en lui confiant une part croissante des soins hospitaliers et ambulatoires. Cependant, cette libéralisation s'opère sans cadre juridique adéquat. Bien que le secteur privé devienne une option pour les populations ayant les moyens de payer, il accentue les disparités dans l'accès aux soins, creusant ainsi les inégalités sociales.

6. La période 1993-2002 :

Malgré la baisse des revenus pétroliers, l'Algérie, forte d'une longue tradition de planification, maintient son soutien au développement du secteur de la santé. Le plan d'action gouvernemental, en ligne avec le programme présidentiel, vise à améliorer qualitativement et quantitativement les soins, atteindre les objectifs du millénaire pour la santé et garantir un accès équitable sur tout le territoire. Concrètement, il encourage l'investissement privé et la complémentarité public-privé, étend la couverture sanitaire et améliore l'accès aux médicaments. Enfin, il envisage d'achever la réforme hospitalière et d'élaborer un cadre législatif modernisé pour .

7. La période 2002 à nos jours : une volonté de relance d'une politique sanitaire ambitieuse.

Avec des ressources financières accrues, aussi bien pour le fonctionnement que pour l'équipement des infrastructures sanitaires. Cette dynamique a permis une amélioration notable des indicateurs de santé publique, traduit par plusieurs avancées, notamment :

- La construction de nouveaux hôpitaux, centres de soins et cliniques spécialisées, et investissement importants dans l'acquisition d'équipements modernes, notamment en imagerie médicale (IRM, scanners, radiologie numériques, etc.)[5].
- Réformes structurelles : contractualisation, libéralisation complète, et essor des élargissement du conventionnement (notamment pour les maladies cardiovasculaires et les médecins de famille).

Malgré:

- que essentielles, restent sous-financées et souffrent d'un déficit en ressources humaines qualifiées.

[5] LAMRI larebi, « financement de la santé en Algérie » ; Université d'alger.

- Face à une demande croissante, notamment de la part d'une classe moyenne en expansion, le système de santé doit s'adapter tout en relevant les défis émergents liés aux maladies non transmissibles.
- La maintenance et la gestion des équipements médicaux demeurent insuffisantes, limitant ainsi leur efficacité.

Ces évolutions imposent une réorganisation du secteur de la santé, accompagnée d'un renforcement substantiel des ressources disponibles pour répondre aux besoins actuels et futurs.

III. DÉVELOPPEMENT DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES :

Depuis 1974, l'Algérie a instauré la gratuité des soins, un principe qui garantit l'accès universel aux services de santé publique. En ce qui concerne les soins dispensés par le secteur privé, les assurés sociaux peuvent obtenir un remboursement partiel grâce au système de sécurité sociale. Ce mécanisme vise à alléger les coûts pour les patients, mais il ne prend en charge qu'une partie des dépenses, obligeant ainsi les assurés à supporter une part importante des frais liés aux soins privés.

L'Algérie a continué à développer son infrastructure sanitaire, atteignant en 2020 un total de 369 établissements publics de santé, répartis comme suit[6] :

médicales sont dotées d'une capacité globale de 72 558 lits destinés à l'hospitalisation. En outre, le réseau. Le secteur privé joue également un rôle important avec 299 établissements hospitaliers privés et 246 cliniques de jour, contribuant à renforcer la couverture sanitaire.

En 2020, le système de santé algérien comptait 253 709 professionnels de santé, dont[7] 95 905 praticiens médicaux, parmi lesquels 47% travaillent dans le secteur privé.

La répartition du personnel médical

La structure de remboursement des soins en Algérie repose sur une tarification qui n'a connu que peu d'évolution depuis 1987, hormis pour certains actes médicaux spécifiques tels que la chirurgie cardiaque, l'hémodialyse et l'accouchement, ainsi que pour les médicaments. Cette stagnation des tarifs pose un problème d'accessibilité financière aux soins pour les patients, qui doivent souvent assumer une part importante des frais médicaux.

En parallèle, les cliniques privées ne sont soumises à aucune réglementation stricte en matière de tarification, leur permettant ainsi d'appliquer des prix librement fixés, parfois

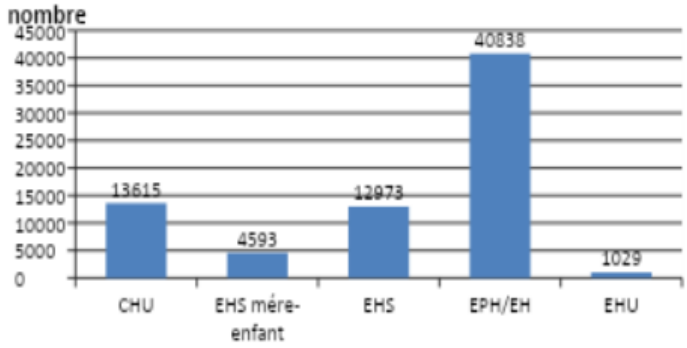
[6]Ministère de la santé-Direction de la population, Situation démographique et sanitaire (2000-2022), juillet 2022.

[7] Organisation Mondiale de Santé(OMS) ; Rapport biennal 2020-2021. Algérie.

élevés, ce qui restreint l'accès à ces structures aux seules catégories socio-économiques les plus aisées. Cette situation accentue les inégalités dans l'accès aux soins entre patients pouvant se tourner vers le secteur privé et ceux dépendant exclusivement du système public, souvent surchargé et aux ressources limitées.

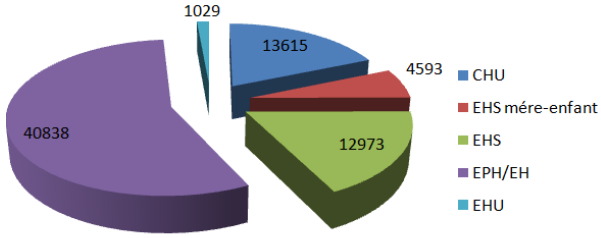
Malgré cette réalité, le secteur de l'assurance santé privée peine à se développer. Bien que l'expansion de ce marché soit, le risque maladie ne représentait que 0.75 bénéficier d'une prise en charge complémentaire, renforçant ainsi les contraintes financières liées.

Figure 1 : l'offre de Soins dans le secteur public



Source : Établie. Par. NS .à. partir. des données. Du.MSDP . situation.tion. démogr.aphique et sanitaire (2000-2022), juillet 2022.

Figure 2 : NDL. Par. type d'établissement.



Source :.par NS à partir des données du MSDP Sit.uation dém.ographique et sa.nitaire (2000-2022), juillet 2022.

Le. système .de. santé. en Algérie. repose sur [8] :

[8]Organisation Mondiale de Santé(OMS) ; Rapport biennal 2020-2021. Algérie. Page 21.

- performance.

- et les nouveau-nés grâce à un. Meilleur. suivit mé.dical.. et des soins adaptés.

- Ge.stion et prév.ention des mal.adies chroniques, en agissant sur les facteurs de ris.que et en renforçant les me.sures de dépistage. et .de. traitement pour .limiter. leur impac.t sur la popula.tion.

- Lutte .contre. les .maladies infectieuses en mettant en place des stratégie.s visant à .les contrôler et, à term.e, à les élimin.er.

à .des. difficultés .sociales, demeure. une priorité. Cruciale. Pour. la population .algérienne. Dans ce contexte, L'État .algérien. s'efforce pour. garantir un. niveau de. santé optimal. pour l'ensemble de sa population. Il met en. place. diverses. stratégies visant à renforcer l'éq.uité du système de. santé, dans l'objectif d'ass.urer à chaque cito.yen un .accès .aux soins, en particulier

MODE DE FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE EN ALGÉRIE :

artir les risques au sein de larges groupes de population. Il s'agit également d'allouer ces fonds afin d'acquérir des services auprès .

. fonds du SS proviennent principalement de cotisations0 versées. aux OSS (comme la.personnes étrangères. D'autres .recettes ..diverses viennent national ;

- Les .revenus.issus des. activités liées .à .leurs missions, réalisées. pour .des .entités. publiques ou .privées ;
- Les apports des OSS en accord. Avec. la législation .en .vigueur.
- Dons et legs ;
- Fonds .générés.par .la PEC des . personnes étrangères. non couvertes par .la SS ;
- Revenus. Supplémentaires. générés par des AA.
- Remboursements.des .assurances. économiques pour. dommages .corporels ;

.tructure.s de SP sont financées. à travers des CP et. dans le .cadr.e du SNOS.

IV. LES DÉPENSES DE SANTE EN ALGÉRIE :

Selon. Un. rapport .publié. par. la .BM, à compter du 1er juillet 2020, l'Algérie a été reclassée parmi tranche supérieure. Ce reclassement s'explique par un revenu nation brut

(RNB) /H estimé à 3 970. d. Cette transition marque une étape. importante dans l'évolution écono.mique du pays.

Les. .Dépenses.. sociale et d'autres départements ministériels. .Ces dépenses. servent à couvrir divers postes, à savoir, Par .ailleurs, une. Partie. De. leurs ..déficits .financiers.

Jusqu'en. 1974, l'État .a été le principal acteur chargé de basé sur un système appelé « tarification à la journée ». Cependant, ce mode de calcul, jugé inflationniste, a rapidement été abandonné au profit du « forfait hôpital ». Cette reforme

une approche strictement centralisée. L'État fixe au préalable le budget destiné aux établissements publics de santé en imposant des limites volontaires aux ressources publiques via le système compte de leur activité réelle. En effet, les contributions sont désormais déterminées de manière approximative, sans lien directe avec le volume d'activité des établissements. Par conséquent, la maîtrise des dépenses hospitalières, basée sur ce modèle forfaitaire, a eu un effet contraire aux objectifs initiaux : elle a entrainé d'une manière optimale les fonds qui leur sont allouées[9].dollars US, soit une hausse de 418 dollars US sur cette période[10].

Le tableau ci-dessous met, passant de 53 à 279 dollars, cette progression a conduit à une augmentation des dépenses par

Tableau 1 : Évolution des dépenses de santé

	1995	2000	2005	2010	2011	2012	% (1995-2012)
Dépenses totales de santé (milliards de dollars courants)	1.6	1.9	3.2	6.75	8.8	10.8	589
Dépenses de santé par habitant (dollars courants)	53.1	60.3	95.3	181.4	232.6	278.6	425
Dépenses publiques de santé (% dépenses totales de santé)	72.2	73.3	72.7	79.2	82	84.1	16
Dépenses publiques de santé (% du budget)	8.5	8.8	8.9	9	9.6	9.8	14
Dépenses totales de santé (% du PIB)	3.7	3.5	3.1	4.2	4.4	5.2	42

Source : OMS, RAPPORT BIENNAL V.Finale 29.03.2023.

En. 2020., l'État. Couvrait. 84 ..% des. dépenses to.tales de santé. Entre 2010.et .2020, sa participation financière. A. progressé. en .VN

[9]Lamri, L. (1998) ; Le financement du système de santé algérien : réalités, enjeux et perspectives ; communication présentée à l'École nationale de la santé publique, IV Journées nationales de gestion des établissements de santé, 1 et 2 juillet 1998, numéro spécial in revue Le gestionnaire.

[10] OMS, RAPPORT BIENNAL V.Finale 29.03.2023.

. Dur.nt 2 la2 même. période, .les allocations destinées. Au.x hôpitaux. Ont. augmenté .atteignant 112 milliards de dinars contre 72 milliards de dinars auparavant. Toutefois, en. Tenant. Compte. de la conversion. En. dollars américains, cette hausse apparait plus modérée : l'apport de l'État est passé de 2,5 à 3,09. MDD,. tandis que le financement des hôpitaux est monté de 0,48 à 0,78 MDD entre 2010 et 2020. Ces montants. restent proches de ceux enregistrés en 2014 et 2015[11] où les contributions étatiques s'élevaient respectivement. à 4,69 et 4,98 milliards de dollars. Ceci. s'explique. en grande partie par. la .dépréciation .du. dinar. Face. Au. dollar, particulièrement .marquée .

. de santé, .ce. qui représente .une .moyenne. de ..215. DUA par habitant. Le . financement .du .secteur.. de santé repose sur plusieurs acteurs, avec une répartition entre l'État avec 38%, la SS avec 25% et .les ménages. avec 37%, ces derniers.

V. FACTEYURS D'ACCROTRISSEMENT DES DÉPENKLSES DE SANTE EN ALGÉRIE :

demande croissante .en soins. de. santé stimulée. par .la .croissance démographique, et une transition épidémiologique .vers les.(MNT). et l'urbanisation, .exerce. une. pression importante sur les ressources disponibles. Par ailleurs, les. coûts .des ressources humaines et matérielles. ont connu.

derniers soient partiellement maîtrisés grâce au monopole d'État sur l'importation .

8. Une coytuverture sokiciale large et inclklusive :

déployés .par. l'État pour. Garantir.. l'accès. À. Une. Couverture.

. Cette. couverture .inclut également. les maladies chroniques, qui .ouvrent droit à une prise .en charge à 100 %.

Les.citoyens.. algériens. bénéficient .d'une protection. sociale .étendue, marquée. notamment par l'élargissement .du système. de TP, ce mécanisme s'étend désormais aux médecins. conventionnés .et inclut. la prise. en charge.

De. certains .traitements auparavant .exclus .du. dispositif, renforçant .ainsi l'accès aux soins et réduisant les frais à la charge des patients. De même, une couverture sociale gratuite est assurée. Aux. personnes sans revenu.[12] DA en 2023[13].

[11]Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016 – 2020.

[12]Le système du tiers payant, prévu par la loi n°83 11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales modifiée, permet à l'assuré qui en bénéficie d'acquérir ses médicaments auprès d'une officine pharmaceutique conventionnée : gratuitement, lorsqu'il est pris en charge au taux de 100%, contre paiement de sa participation de 20 %, lorsqu'il est pris en charge à 80%.

[13] Le directeur général de la Caisse nationale des assurés sociaux (CNAS), Nadir Kouadria.

Ces mesures de protect.ion sociale.offrent aux cito.yens algériens la possibili.té de se soigner. sans que leur situation financière ne constitue un obstacle, renforçant .ains.i l'équité. Dans.l'accès aux soins de.

La. Transition. épidémiologique a significativement . modifié le profil de morbidité en Algérie, générant une pression financière croissante coûteuse, constituent désormais un fardeau économique considérable. À ces. dépenses s'ajoute les coûts liés à la. gestion des maladies contagieuses, qu'elles. Soient. Réémergentes. ou non encore éradiquées.. Actuellement,.. ainsi l'ampleur **La. Hausste.*

A des .coûts. croiscsants. des ressources. Et. Des. Interventions. due saminté :

. associés aux ressources et aux interventions dans le domaine de la santé. Constitue. Un. défi .majeur .pour. le système sanitaire. algérien. .Cette .augmentation .résulte. de plusieurs. facteurs, notamment. l'évolution .des technologies médicales, les .investissements nécessaires. Pour.. moderniser. Les.. infrastructures, et l'acquisition. .d'équipements.. sophistiqués. .La technicisation.. accrue. des ..soins,. impliquant.. un recours. massif ..aux. équipemen.ts et techno.logies médicales .coûteuses,. a .également .contribué .à alourdir les.. dépenses, tant. Pour. l'acqu.isition que pour la maintenance des matériels. À cela s'ajoutent les coûts croissants des médicaments, souvent importés, ainsi que les. Dép.enses a dû intensifier le développement des infrastructures sanitaires, aussi bien publiques que privées pour répondre à des besoins qui ne cessent d'augmenter. Ce qui a conduit

une. hausse .notable. des .coûts .liés aux facteurs. et .d'évaluer. avec .précision l'ampleur .des. augmentations .des .coûts .qui .est particulièrement. visible .dans .certains .postes.

D'une. part, les.rémunérations .du personnel .ont augmenté.en raison .de. l'accroissement des effectifs et des. revalorisations. salariales.. Par ailleurs,. en .plus. onéreuses, .tant pour leur acquisition que pour leur maintenance. .Cette .technicisation croissante. des. activités. s'est également traduite par une. Augmentation. significative .des actes chirurgicaux, radiologiques .et biologiques,. nécessitant des produits .et .équipements souvent .onéreux

l'infla.tion, affectant .en p.articulier l'acquisition . de .produits. alimentaires .destinés. aux patien.ts ainsi que le. Renouvellement.

Pour les maladies .chroniques et rares .accentuent. les .difficultés .financières .des établissements de .santé .Toutefois, .une exception notable est. observée, en 2022, la production. locale des médicaments couvre. plus que. la moitié .de la demande. totale, ce .qui

a .entrainé une baisse. relative des prix. Unitaires. Des. médicaments.. Par ailleurs, l'offre reste.

9. Une du.alité du . systè.me de s.anté :

Afin d'encourager l'investissement privé dans le domaine de la santé, un cadre réglementaire a été graduellement instauré. Cette initiative a conduit à la création de plusieurs cliniques privées, couvrants divers domaines de santé. Actuellement, les spécialistes sont unanimes pour dire que le secteur privé est devenu un concurrent plutôt qu'un complément du secteur public.

D'une part, le secteur public reste l'élément central investissements massifs dans les infrastructures et la prise en charge directe par l'État. Cependant, il fait

D'autre part, le.secteur .privé. a .connu .une croissance .rapide,. en. particulier .dans les zones urbaines. Il. Répond. à .une. demande. qui ne cesse d'augmenter, notamment.

médical. Et. des infrastructures. Favorisant. Ainsi. Les. grandes .villes au. détriment .de.s zones .rurales. .

Cette1 dualité. entraîne ..une fragm.entation du système. de santé, où les deux secteur.s fonctionnent en parallè.le. sans réelle intégration .ni complémentarité. Cela. complique .les efforts. de régulation. et accentue les inégalité.s en matière. d'accès. aux . Le manque.. de maîtr.ise glo.bale du sy.stème engendre. Égalemen.t accru aux technologies médicales coûteuses.

En. résumé, le. système de santé alg.érien est caractérisé par une dual.ité non maîtrisée entre le secteur pub.lic et pri.vé, cette situation favorise une logique de concurr.ence au lieu d'une vér.itable complémentarité, ce qui . alourdie .d'avantage les dép enses de santé. Pour surmo nter ces défis, il est crucial d'éta blir une meilleure coordination entre .les secteurs public et privé, ainsi. Que. De. mettre en place. une politique de . régula.tion plus stricte .des. dépenses et des prestations, s'avère. essentielle .pour garantir un système ..de. santé plus équita.ble et dura.ble.

Ces facteurs combinés expliquent la hausse continue des dépenses de santé en Algérie, rendant nécessaire une réforme globale pour optimiser les ressources tout en garantissant une meilleure couverture sanitaire pour la population.

VI. CONCLUSION :

Malgré 1la baisse1 des revenus issus. du pétrole, l'Algérie. maintient .ses .efforts afin1 de1 développer le1 .la .prise .en .charge sanitaire, tout .en veillant. À. assurer. l'accès

.équitable .aux. soins .de santé. pour .tous. les .citoyens.. Ce. plan, tout en améliora.nt la couverture. sanitaire et l'acc.essibilité aux médica.ments.

Bien.que le. Système. sanitaire .algérien .ait connu des avancés .importants. depuis .l'indépendance, il .reste. confronté .à des défis majeurs, surto.ut en ce qui .concerne son finan.cement, l'équité, ainsi .que la qu.alité. des .soins. La nécessité d'améliorer .l'efficacité. économique .devient .de.. plus .en. plus urgen.te au moment .où .les dépenses. de .santé. ne cessent d'augmen.ter, sous l'effet. de .plusieurs facteurs, tels .que. la transition .épidémiologique, l'apparition .de. nouvelles. pandémies, le .vieillissement ..

Tout. De. même, cette . réforme. Demeure. complexe, parce. qu'elle. Doit. réussir .à équilibrer .d'une. part la .stabilité économique, et d'autre part la pérennité.. financière. Du. système .de soins.

Les. Réformes. Indispensables. Pour. faire face à la. Crise. Du. financement .de. la. santé. doivent .être vairées .en. se concentra.nt. chaque .individ. ait. un .accès. équitables .aux services .de .santé.. Pour .répondre. aux .enjeux .actuels, il est. Important. De. Prendre. en .considération. les. tendances .actuelles, telles. que la croissance. démographique,. la .transition épidémiologique, et les progrès. médicaux..

En final, en réaction à l'augmentation .de.s défis, le SA de santé doit s'adapter pour. Garantir. sa durabilité. et son. équité. Cela néc.essitera une approche. globale .intégrant des. financements innovants, une .réorganisation. structurelle et des priorités. Stratégiques. Adaptées. aux réalités économiques. Et. épidémiologiques. réalisés dans le sys tème de santé. Algérien. au cours des dernières. décennies.

VII. BIBLIOGRAPHIE :

1. Abbou, Y. (2011) ; « Analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie » ; Université de Béjaïa
2. Abbou Youcef et Brahamia. Brahim (2017), « Le système de santé algérien : entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses » ; Insaniyat.
3. Banque mondiale ; Dépenses de santé en Algérie (2020)
4. BENBAHMD Lotfi ;« L'expérience Algérienne » ; MARRAKECH 2009.
5. BOULAHRIK Mohand ; « Financement du système de santé Algérien »; Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce / N° 33 – 2016.
6. Dahmani Yamina ; « L'évolution de la politique pharmaceutique en Algérie ».
7. Étude sectorielle sur la concurrentiabilité du marché des médicaments à usage humain en Algérie ;https://www.conseil-concurrence.dz; 2019.
8. Farid Chaoui, Michel Legros ; « les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés » ; Les notes IPEMED; avril 2012.

9. KADDAR.M ; « Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algéri e » ; cahiers du CREAD ; 1988.

10. khiati Mostefa; « La santé en Algérie », OPU (2017).

11. Lamri L ; « le financement du système de santé algérien : réalités, enjeux et perspectives » ; communication présentée à l'École nationale de la santé publique, Journées nationales de gestion des établissements de santé, 1 et 2 juillet 1998, numéro spécial in revue Le gestionnaire.

12. Ministère de la Santé, Direction de la Population. Situation démographique et sanitaire (2000-2022).

13. Organisation mondiale de la santé (OMS) ; Rapport sur la santé mondiale (2022).

14. Oufriha F.-Z ; « Les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins » ; Alger CREAD ; 2008.

15. OUCHFOUN A. ET D. HAMMOUDA,; « Bilan de vingthuit années de p olitique sanitaire en Algérie » ; Cahiers du CREAD ; 1993.

16. TadjMeziane ; « système de santé en Algérie » ; 2019.