

La couverture du risque maladie par l'assurance maladie sociale en Algérie : Etat des lieux et contraintes

Health risk cover by social health insurance in Algeria: State of play and constraints

Dr. Lila ZIANI

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia – Algérie

Mail : lilaziani2014@yahoo.fr

Reçu le: 17/03/2020

Accepté le 11/05/2020

Résumé :

En Algérie, l'assurance maladie sociale, en considération de l'importance des sommes qu'elle prélève et redistribue, apparaît aujourd'hui, comme la principale forme de couverture du risque maladie. Cette dernière se heurte, néanmoins, à certaines difficultés d'ordre économiques et existentielles. En effet, l'augmentation des dépenses et l'insuffisance des cotisations entraînant des soucis quant à la préservation de l'équilibre financier de cette branche de la sécurité sociale. De même, le financement de cette branche résultant directement de sa nature fondée sur le travail, rend la situation financière de celle-ci très sensible à la situation économique.

Mots-clés : Assurance maladie sociale, risque maladie, Algérie.

Classification JEL: I11, H55, P35.

Abstract:

In Algeria, the social Health insurance, in consideration of the importance of the sums it withdraws and redistribute, appears today as the main form of health risk cover. This last however faces certain economic and existential difficulties. Indeed the increase in expenses and insufficient contribution regarding the preservation of financial balance of the health insurance funds. So too, the financing of this branch of the social security resultant directly from its nature work-based, makes the financial situation of this one very sensitive to the economic situation.

Key words: Social health insurance, health risk, Algeria

JEL classification: I11, H55, P35.

Auteur correspondant: Lila ZIANI, *Email:* lilaziani2014@yahoo.fr

1. Introduction

Plusieurs études récentes se sont penchées sur l'impact de l'assurance maladie sur le recours aux soins de santé et donc sur l'état de santé des plus pauvres [(Jutting J.P (2001); Bocognano, A et Dumesnil, S (1999); Makinen, M et Konaté, M (2005); et Smith et Sulzbach (2008)]. Elles concluent le plus souvent à son effet positif et montrent que l'assurance maladie a pour effet de réduire les difficultés économiques consécutives à une maladie. Alors que les individus non assurés renoncent, faute de moyens, à des soins précieux, le fait d'être assuré contre la maladie, peut accroître le recours aux structures de soins et améliorer la santé en général.

L'une des caractéristiques importantes de ces mécanismes d'assurance est de ne pas faire reposer la totalité de la charge du financement sur les pouvoirs publics, mais de répartir le coût total des soins de santé des assurés sur plusieurs partenaires (Carrin, 2002, p02). Cela peut en partie expliquer pourquoi les décideurs publics portent un intérêt accru à l'assurance maladie, que les institutions financières internationales considèrent de plus en plus comme l'un des mécanismes viables du financement de la santé.

À l'instar des autres pays en développement, les pouvoirs publics algériens ont toujours affiché la volonté de financer la santé par l'élargissement de l'assurance maladie sociale. Ils en attendent une amélioration de la performance de leur système de santé à travers, notamment, un meilleur accès aux soins et une amélioration de la protection financière de la population. Partant de ces faits, nous tenterons dans cet article d'évaluer le rôle de l'assurance maladie sociale dans la protection contre les risques financiers liés à la maladie. L'accent sera surtout mis sur l'évolution des dépenses et des recettes de cette branche de la sécurité sociale ainsi que sur les principales contraintes entravant le développement de celle-ci.

2. L'assurance maladie sociale: une présentation sommaire

L'assurance maladie, instaurée en 1959, représente la branche la plus importante de la sécurité sociale. Elle garantit les risques liés à tous les états pathologiques ou traumatiques nécessitant des soins et, éventuellement, un arrêt de l'activité professionnelle à l'exception des dispositions d'une législation particulière : accidents de travail et maladies professionnelles, pensions militaires ou d'invalidité (Hannouz et Khadir, 1996, p32).

A ses débuts, l'assurance maladie en Algérie ne couvrait que les catégories professionnelles en activité. Les extensions intervenues depuis les lois de 1983 aux catégories particulières (handicapés, anciens combattants, apprentis, stagiaires, étudiants, ménages nécessiteux concernés par le filet social, chômeurs émargeant à la caisse de chômage) fait qu'elle passe d'un système professionnel à un système social intégrant les catégories sociales particulières (Lamri, 2001, p21). L'assurance maladie est de loin la plus importante des assurances par le nombre de personnes qu'elle concerne et les ressources financières qu'elle mobilise. Elle assure des prestations en nature représentées par le remboursement des frais nécessités par l'état de santé de l'assuré ou de ses ayants droits ; et des prestations en espèces, sous forme d'indemnités journalières, correspondant à des revenus de remplacement du salaire.

Le financement de l'assurance maladie provient des cotisations, ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. La méthode de financement par cotisations consiste à prélever une somme sur les revenus des salariés et non salariés, ce qui entraîne des obligations pour la sécurité sociale. L'assuré cotisant est obligatoirement couvert pour les risques prévus par la loi au moyen d'une cotisation unique. Ces prélèvements sont en partie supportés par les employés mais une part plus importante est dévolue aux employeurs. Dans certaines branches les cotisations sont financées uniquement par l'employeur. L'assiette des cotisations de sécurité sociale est constituée de l'ensemble des éléments du salaire à l'exclusion, des prestations à caractère familial, des frais de remboursement, des primes de départ, des indemnités pour conditions de vies particulières.

2.1. Evolution du taux de couverture de la population en Algérie

Le tableau 1 retrace l'évolution du taux de couverture de la population en Algérie entre 2001 et 2017. A l'examen de ces données, il ressort que l'Algérie compte plus de 14 millions d'assurés sociaux. En prenant en compte les ayants-droit, près de 37 millions de personnes seraient couvertes, soit environ 90% de la population totale en 2017.

Table N°1. Evolution du nombre d'assurés sociaux en Algérie

	Assurés sociaux de la CNAS		Assurés sociaux de la CASNOS		
	Nombre d'assurés sociaux	Dont salariés en %	Nombre d'affiliés actifs	Nombre de cotisants à jour	Nombre de retraités
2001	4 873 699	76,46	558 473	303 676	134 908
2002	4 872 715	71,28	604 621	298 069	145 468
2003	4 055 243	84,48	646 785	305 604	156 070
2004	6 369 266	55,08	680 543	286 718	169 284
2005	6 756 271	52,80	720 090	291 776	177 891
2006	6 816 052	54,18	765 940	303 164	185 791
2007	7 337 372	51,93	819 821	329 003	194 730
2008	7 800 320	52,69	877 329	365 858	198 991
2009	8 346 692	57,37	941 825	393 176	209 796
2010	8 494 919	57,22	1 011 435	424 162	211 359
2011	8 819 160	57,27	1 123 932	437 132	215 517
2012	9 288 143	57,41	1 250 075	472 787	223 121
2013	9 917 243	57,21	1 287 463	533 679	231 466
2014	10 626 369	55,88	1 381 029	582 223	239 403
2015	11 342 779	54,01	1 493 629	643 997	243 241
2016	11 957 202	51,35	1 721 756	915 934	277 700
2017	12 316 693	47,69	1 806 124	794 118	289 356

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de l'Office National des Statistiques, édition 2016, p 22 et 23, édition 2017, p22 et 23 et édition 2018, p 19.

2.2. Equilibre financier des caisses de gestion de l'assurance maladie

Jusqu'au début des années 80, la situation financière des différentes caisses en Algérie étaient jugées excellentes parce qu'elle ne laissait voir aucun déficit. La stabilité des grands facteurs économiques qui étaient soutenus par une hausse sensible des prix du pétrole est la raison essentielle qui a poussé l'Etat à s'engager dans de grandes actions sans pour autant porter un grave préjudice aux principales ressources de l'organisme (Kara Terki, 2010, p237). A partir des années 90, le système de sécurité sociale a commencé à connaître de sérieuses difficultés financières du fait des mutations socio-économiques qu'a connu le pays. La mise en œuvre du programme d'ajustement structurel (PAS) qui s'est traduit en particulier par la suppression du soutien des prix (dont celui des médicaments) et le recul de l'emploi productif dans le secteur industriel a entraîné une modification profonde de l'équilibre du système (Zehnati, 2008, p07). A partir de 2000, la situation financière des caisses de sécurité sociale s'est nettement améliorée notamment celle de la CNAS (Table N°2). Cette situation est le résultat de la conjoncture favorable qui a caractérisé l'économie algérienne, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures.

Table N°2. Equilibre financier des caisses de gestion de l'assurance maladie en Algérie

Unité : millions de DA

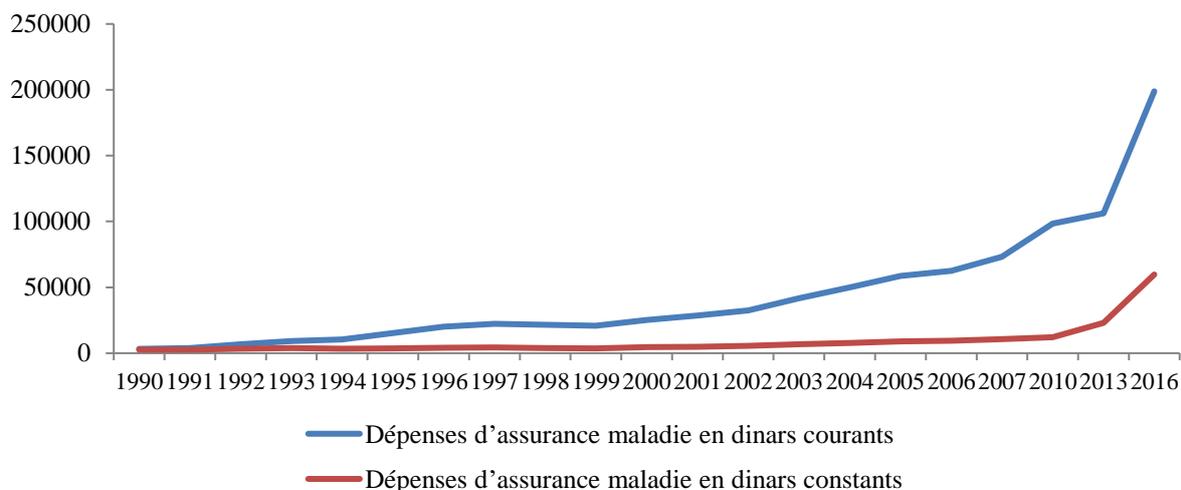
Année	CNAS			CASNOS		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
2001	88 174	80 605	+ 7569	9065	8819	+246
2002	104 771	98 719	+6052	10 121	9464	+657
2003	115 331	106 431	+8900	9543	10 306	-763
2004	137 144	128 659	+8485	10 092	11 700	-1608
2005	169 703	159 711	+9992	10 588	12 993	-2405
2006	162 429	160 858	+1571	11 634	13 497	-1863
2007	176 930	167 285	+9645	14 545	15 385	-840
2008	217 423	191 726	+25 697	17 146	17 497	-351
2009	237 280	187 104	+50 176	19 095	17 739	+1356
2010	290 835	209 742	+81 093	23 668	20 236	+3432
2011	374 138	240 607	+133 531	25 494	23 558	+1836
2012	477 285	280 753	+196 532	30 789	26 619	+4170
2013	429 840	322 523	+107 317	35 555	31 612	+3943
2014	459 757	374 060	+85 696	38 572	38 196	+376
2015	474 944	395 395	+79 549	43 709	41 256	+2 453
2016	482 065	400 553	+81 512	71 780	45 349	+26 431
2017	492 340	435 227	+57 113	63 895	49 073	+14 822

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir des données de l'Office National des Statistiques, édition 2016, 2017 et 2018, p 20 et 21.

3. Analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie

L'assurance maladie, à travers ses deux caisses (CNAS et CASNOS), fait face à un accroissement constant des dépenses stimulées par divers facteurs, et particulièrement par les effets induits par la transition sanitaire, l'extension de l'offre publique et privée ainsi que par les aléas du marché du médicament, qui demeure difficile à maîtriser, et ce quelles que soient les politiques mises en œuvre dans ce sens (Brahamia, 2010a, p398). En effet, l'analyse des dépenses d'assurance maladie indique que celles-ci ne cessent pas d'augmenter depuis 1990, suivant un rythme accéléré. Elles ont été multipliées par près de 60,86 en l'espace de 26 ans. En dinars constants, les dépenses d'assurance maladie ont enregistré également une évolution considérable néanmoins cette évolution est inférieure à l'évolution des dépenses d'assurance maladie en dinars courants (Figure N°1).

Figure N° 1. Evolution des dépenses d'assurance maladie de la CNAS (en millions de DA)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :

- Kassa F. (2009), « Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie », *Mémoire de Magister en sciences économiques*, Université de Bejaia, p 101.
- Données de la direction générale de la sécurité sociale.

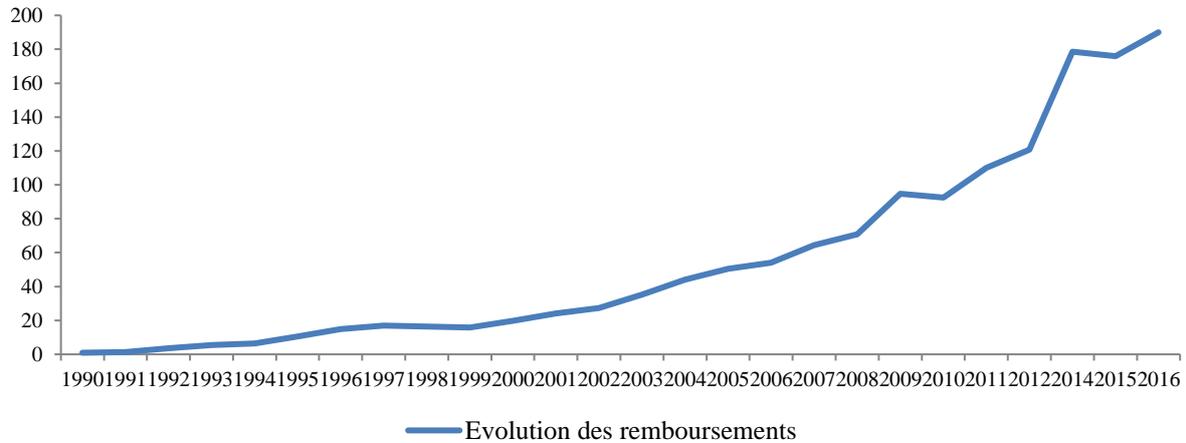
3.1. La structure des dépenses de santé de la branche assurances sociales

Dans ce qui suit, nous passerons en revue la structure des dépenses de la branche assurances sociales dont le risque maladie est le principal risque couvert. Nous examinons, par conséquent, les principales dépenses de cette branche: il s'agit du forfait hôpital, les transferts pour soins à l'étranger, les remboursements des médicaments et les indemnités journalières.

A. Les remboursements de médicaments

Le remboursement au titre de médicaments est le poste de dépense le plus important de la CNAS, il a représenté 7,45% des dépenses en 1990. En 2017, il atteint 84% du total des dépenses de l'assurance maladie et ne cessent d'augmenter, suivant un rythme accéléré. Ces dépenses ont connu une évolution continue, elles passent de 0,94 milliards de DA en 1990 à 190 milliards de DA en 2016 (Figure N°2), soit une multiplication par 202,12. Cette évolution des remboursements est due principalement à l'augmentation des prix des médicaments, suite aux dévaluations monétaires successives, ainsi qu'à l'accroissement du nombre d'assurés sociaux.

Figure N° 2. Evolution des remboursements de médicaments en Algérie (en milliards de DA)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :

- Oufriha F Z. (2002), « Système de santé et population en Algérie », Editions ANEP, Alger, p 160.
- Données de la direction générale de la sécurité sociale

La croissance des dépenses de remboursement peut également s’expliquer par l’augmentation du nombre de molécules remboursables. En effet, les données du tableau 38 indiquent que le nombre de DCI est en progression continue passant de 897 DCI en 2000 à 1365 en 2012. Le nombre de marques remboursées par la CNAS a augmenté également sur la période en passant de 2300 marques à 4500 marques entre 2000 et 2012.

Table N°3. Structure des médicaments remboursables par la CNAS

Année	Nombre de DCI	Nombre de marques
2000	897	2300
2007	1134	3000
2008	1198	3138
2009	1300	n.d
2010	1344	4000
2012	1365	4500

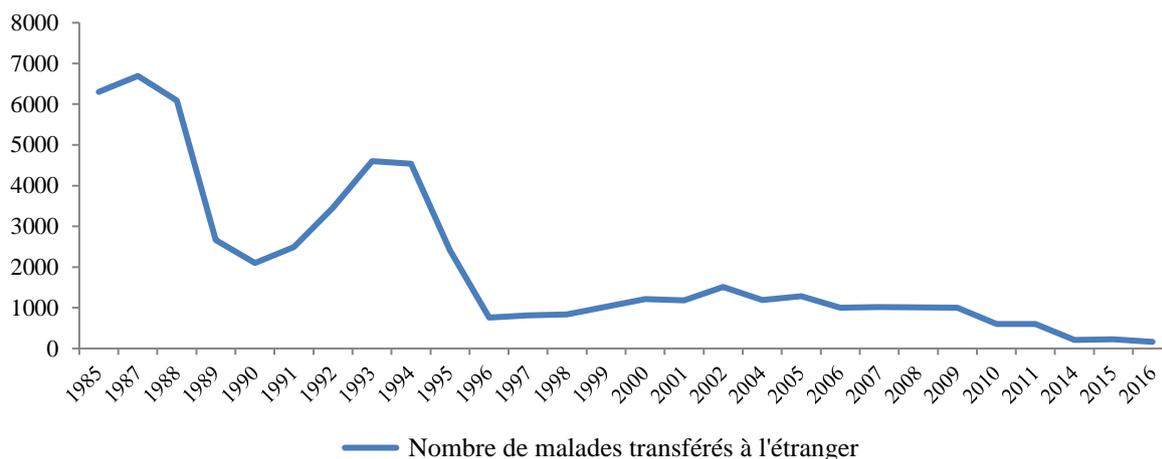
Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

- Brahamia B. (2010b), « Quelle alternative de financement de l’assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie », disponible sur internet à l’adresse : <http://www.coopami.org>
- Snoussi Z. (2017), « Les fausses réponses à l’accroissement des dépenses de remboursement des médicaments en Algérie », *In Les évolutions récentes du système de santé algérien*, Edition CREAD, p 86.

B. Les transferts pour soins à l'étranger

Les transferts à l'étranger ont connu une diminution, passant de 6300 malades en 1985 à 2100 malades en 1990, soit une baisse de 66,66 % due à la crise économique qu'a connue le pays durant les années 80, et à la diminution des recettes d'exportation des hydrocarbures durant cette période, puis multipliés par deux passant de 2100 en 1990 à 4539 en 1994. De 1995 à 2016, ils ont connu à nouveau une baisse considérable, passant respectivement de 2411 à 163 (Figure N°3). Cette baisse résulte des mesures prises par les pouvoirs publics pour réduire les dépenses pour soins à l'étranger, à travers la diminution du nombre de pathologies donnant droit aux transferts, la diversification des pays d'accueil et à l'incitation de la venue en Algérie d'équipes médicales étrangères. Néanmoins, les dépenses liées à ce poste ne cessent d'augmenter : elles ont été multipliées par 2 en l'espace de 14 ans passant de 0,76 milliards de DA en 1985 DA à 1,5 milliards de DA en 2009 du fait que les soins fournis à l'étranger concernent des maladies lourdes nécessitant des coûts élevés.

Figure N° 3. Evolution des transferts pour soins à l'étranger en Algérie



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :

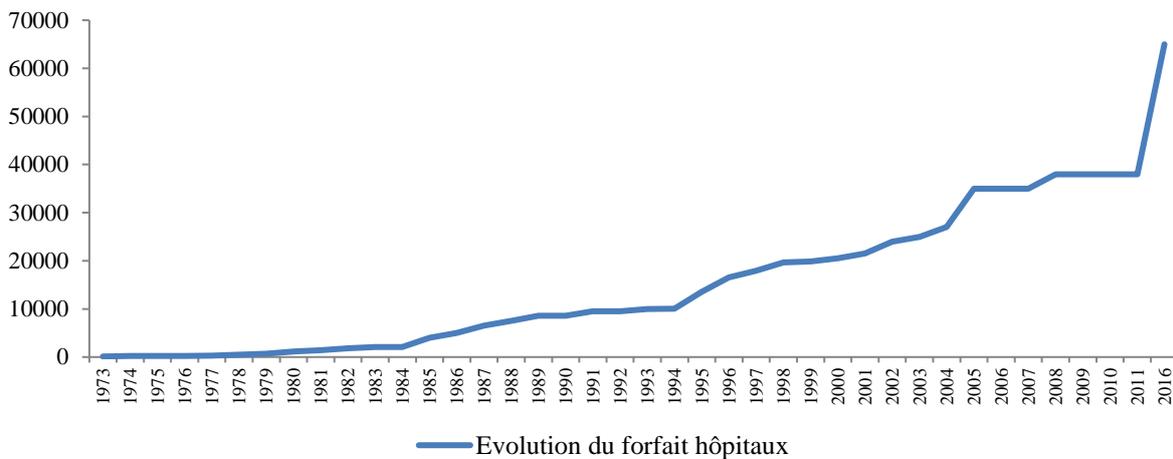
- Oufriha F Z. (2002), « Système de santé et population en Algérie », Editions ANEP, Alger, p 179.
- Données de la Direction générale de la sécurité sociale.

C. Le forfait hôpitaux

Depuis 1974 et en vertu de la loi sur la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est appelée à contribuer au financement du budget de fonctionnement des établissements de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de loi de finance. Ces dispositions budgétaires, appelées « forfait hôpitaux » sont une obligation financière supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droits (Kara Terki, 2010, p240). Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a connu une augmentation soutenue. En effet, il

est passé de 120 millions de DA en 1973 à 27 021 millions de DA en 2004 soit une multiplication par 225,17 en l'espace de 31 ans. Cette augmentation du forfait hospitalier est due, d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat, et de l'autre aux problèmes liés à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants-droit en matière d'hospitalisation et de soins dispensés. Depuis 2005, date de la mise en place et du démarrage du processus de la contractualisation, le forfait hôpital est fixé à 35 000 millions de DA. En 2016, il passe à 65 000 millions de DA (Figure N°4), ce qui reste élevé malgré la mise en place du processus de contractualisation.

Figure N° 4. Evolution du forfait hôpital en Algérie (en millions de DA)



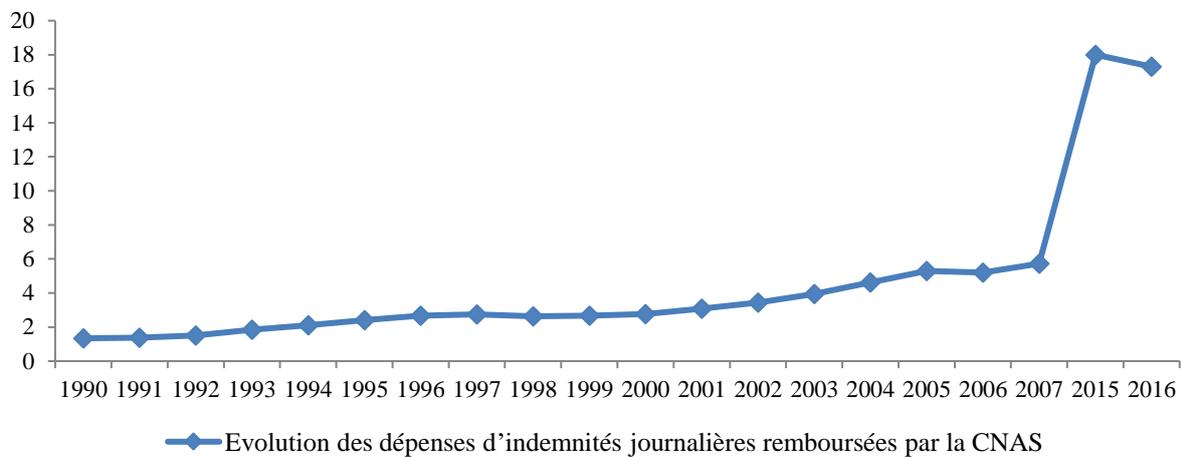
Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de :

- CNES. (2001), « L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier », 18^{ème} session plénière, juin 2001. p 75.
- Données du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS).

D. Les indemnités journalières

Les dépenses du poste d'indemnités journalières de la CNAS sont passées de 1,34 milliards de DA en 1990 à 18 milliards de DA en 2015, soit une multiplication par 13,42 durant cette période. En 2016, 14 774 568 indemnités journalières relatives aux arrêts de travail ont été remboursées par la CNAS, représentant 17,3 milliards de DA, contre 15 127 391 remboursées en 2015 avec un montant de 18 milliards DA (Figure 5), cette légère baisse s'explique par les différents contrôles administratifs effectués à domicile par les agents de la CNAS.

Figure N° 5. Evolution des dépenses d'indemnités journalières remboursées par la CNAS (en milliards de DA)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la Direction générale de la CNAS d'Alger.

3.2. Les effets de l'augmentation des dépenses sur le système d'assurance maladie

L'évolution exponentielle des dépenses de santé est à rapporter à une série de facteurs parmi lesquels on peut citer notamment la double transition (épidémiologique et démographique) qui a caractérisé l'économie algérienne. La transition épidémiologique et la transition démographique ont eu pour effet de changer les profils de morbidité et de mortalité dans le pays. Celles-ci impliquent de considérables effets sur le système de l'assurance maladie. Les plus significatifs sont (Lamri , 2001, p 59):

- augmentation de la charge globale de morbidité et des incapacités chroniques dues aux maladies lourdes, ce qui provoque une augmentation des coûts de soins notamment ceux des médicaments supportés par l'assurance maladie.

- le vieillissement de la population va peser lourdement sur le système de sécurité sociale et notamment sur la branche de l'assurance maladie.

- L'augmentation des dépenses d'assurance maladie et le désengagement de l'Etat vont se traduire par une participation plus importante des ménages dans le financement du système de l'assurance maladie.

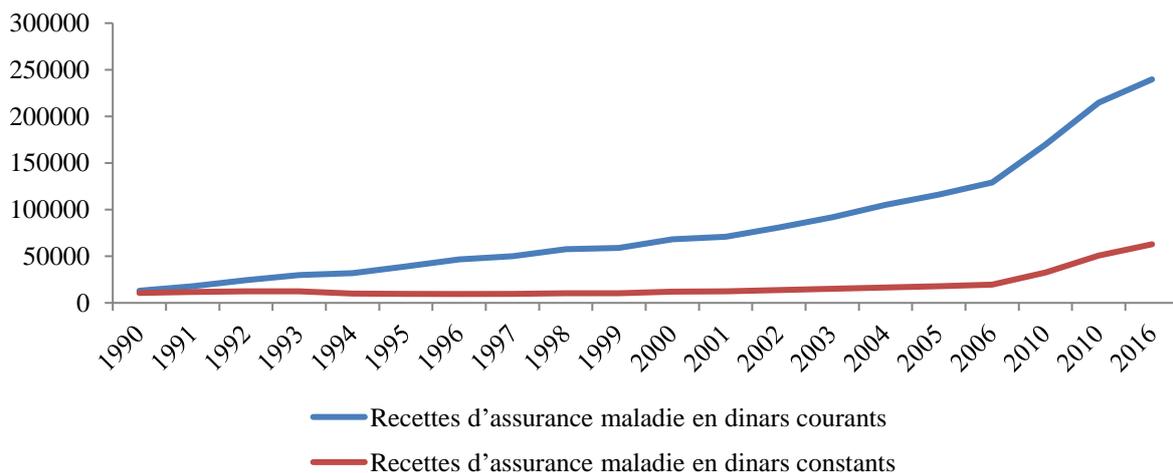
4. Analyse des recettes d'assurance maladie de la CNAS

En Algérie, les mécanismes de financement du système de sécurité sociale reposent essentiellement sur les cotisations sociales assises sur les revenus d'activité. Ce mode de financement à caractère professionnel rend la sécurité sociale particulièrement dépendante des transformations de son environnement économique et social.

4.1. Evolution des recettes d'assurance maladie de la CNAS

Les recettes de l'assurance maladie sont intégrées dans les recettes totales d'assurances sociales, ces dernières ont connu une nette augmentation en dinars courants. Sur la période 1990-2016, elles ont été multipliées par 18,44. En dinars constants, les recettes d'assurances sociales ont connu une augmentation moins importante, elles n'ont été multipliées que par 5,81 entre 1990 et 2016 (Figure N°6). Toutefois, même si les recettes ont connu une augmentation importante, celles-ci n'arrivent plus à suivre « l'explosion » des dépenses. La difficile relance économique, la persistance de niveaux élevés du chômage, le développement d'activités informelles qui échappent aux cotisations, la poursuite des restructurations des entreprises publiques se soldant par des compressions d'effectifs salariés et l'explosion des coûts de la santé sont autant d'éléments agissant négativement de façon forte sur les équilibres financiers de l'assurance maladie.

Figure N° 6. Evolution des recettes d'assurances sociales en Algérie (en millions de DA)



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données collectées auprès de la Direction Générale de la CNAS d'Alger.

4.2. Les sources de financement des recettes d'assurance maladie

Les sources de financement des assurances sociales sont constituées essentiellement des cotisations, du budget de l'Etat ainsi que des ressources additionnelles.

A. Pour les cotisations

Au titre des travailleurs salariés, le taux de cotisation unique est de 34,5 % du salaire soumis à cotisation tel que défini par la loi. Le tableau 4 donne la répartition des taux de cotisation par risque couvert.

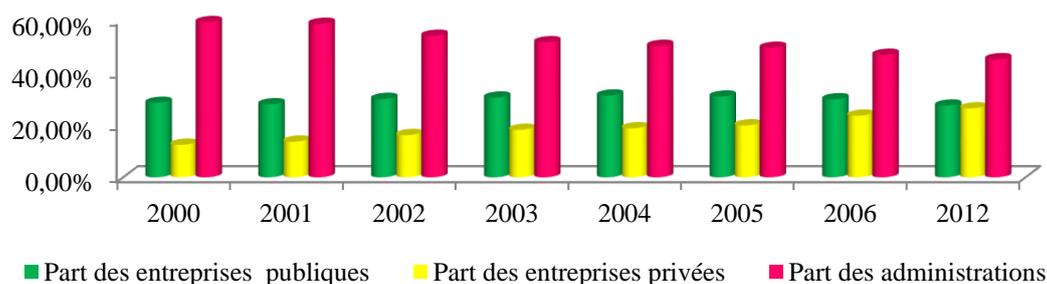
Table N°4. La ventilation des taux de cotisation en Algérie au 01 Janvier 2017

Branche	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	A la charge du fonds des œuvres sociales	Total
Assurances sociales : maladie, maternité, invalidité et décès	11,5%	1,5%	-	13%
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25%	-	-	1,25%
Retraite	11%	6,75%	-	17,75%
Assurance chômage	1%	0,5%	-	1,5%
Retraite anticipée	0,25%	0,25%	-	0,5%
Logement social	-	-	0,5%	0,5%
Logement social	25%	9%	0,5%	34,5%

Source: Tableau réalisé par nos soins à partir des données du Centre des liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociales (CLEISS), disponibles sur internet à l'adresse : <http://www.cleiss.fr>

Pour les non salariés, le taux de la cotisation global à leur charge, est de 15% calculé sur la base du revenu annuel imposable ou, à défaut, du chiffre d'affaires ou dans certains cas sur la base du SNMG annuel. Ce taux est réparti à parts égales (7,5%) entre les assurances sociales et la retraite. Pour les catégories particulières inactives, le taux de cotisation à la charge du budget de l'Etat varie entre 1 % et 7% du SNMG. Pour les catégories particulières actives : le taux et l'assiette de cotisation est fonction de la spécificité de l'activité et du panier de prestations servies.

Les données de la figure N°7 montrent que l'essentiel des cotisations provient des entreprises publiques et l'administration. La part des assurés du secteur privé par rapport au total des assurés sociaux de la CNAS arrive en troisième position, derrière les entreprises publiques et l'administration. Cette situation s'explique par le fait que les employeurs privés ont recours à des pratiques de non déclaration de leurs employés pour échapper au paiement des charges sociales, notamment le secteur agricole qui ne déclare plus ses salariés.

Figure N° 7. Evolution des sources de financement des caisses d'assurance maladie en Algérie

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

- Kassa F. (2009), « Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie », *mémoire de Magister en sciences économiques*, Université de Bejaia, p 130.

- Données de la Direction générale de la sécurité sociale

B. Intervention du budget de l'Etat

L'Etat participe au financement du système de sécurité sociale et ce par :

- le financement des allocations familiales ;
- la prise en charge des dépenses de solidarité nationale-droits non contributifs (compléments et indemnités versés aux petites pensions et allocations de retraite –minimum pensions et allocations, revalorisations exceptionnelles des retraites, différentiels de cotisations au titre de la promotion de l'emploi et de l'investissement...).

C. Ressources additionnelles

Afin de mobiliser de nouvelles ressources pour le système de sécurité sociale, des réformes du financement du système ont été introduites, à partir de 2006, à travers les lois de finances. Il s'agit de nouvelles ressources dites additionnelles issues de la fiscalité (taxes et prélèvements sur le produit de la fiscalité pétrolière et sur les produits ayant un lien avec les dépenses de la sécurité sociale. C'est dans ce cadre qu'ont été créés (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, 2016, p24).

- **le fonds national de réserves des retraites**, créé en 2006 et alimenté annuellement par 2,5% du montant de la fiscalité pétrolière.
- **le fonds national de sécurité sociale** : institué par la loi de finances de 2010 et alimenté essentiellement par une quote-part de la taxe sur les produits tabagiques et un prélèvement de 5% sur les bénéfices nets générés par l'importation et la distribution en gros des médicaments importés et revendus en l'état.

4.3. Les facteurs limitant le niveau des recettes de l'assurance maladie

Comme signalé plus haut, les mécanismes de financement du système n'ont pas varié. Ils reposent essentiellement sur les cotisations sociales. Celles-ci demeurent insuffisantes pour absorber l'importance des dépenses. Les raisons qui expliquent cette situation résultent essentiellement du rétrécissement de l'assiette des cotisations, de l'inadéquation entre le taux de cotisations et l'éventail des prestations garanties par le système et des contraintes dans le recouvrement des cotisations.

A. Rétrécissement de l'assiette des cotisations

La difficile relance économique, l'importance du chômage, notamment des jeunes urbains, la faiblesse du salaire national minimum garanti (18 000 DA) ainsi que l'élargissement de la sphère informelle ont entraîné une réduction des effectifs cotisants et donc un tassement des recettes.

B. Inadéquation entre le taux de cotisations et l'éventail des prestations garanties par le système

Elargi à la quasi totalité des catégories sociales, le système algérien de sécurité sociale souffre de l'inadéquation entre les taux de cotisations, relativement faibles, notamment pour les catégories particulières en grand nombre et l'importance des dépenses afférentes aux soins à ces catégories (Lamri, 2002, p 40).

C. Contraintes dans le recouvrement des cotisations

En Algérie, malgré les différentes procédures judiciaires mises à disposition de la sécurité sociale pour que le système de recouvrement soit efficace et ce, conformément à la loi n° 99-10 du 11 novembre 1999, celui-ci s'est révélé peu efficace. A ce jour, le taux de cotisation pour la CNAS s'établit à 34,5 % du salaire et celui de la CASNOS à 15 % du revenu. Mais les caisses sont confrontées à un manque à gagner : le taux de cotisation réel est nettement inférieur au taux requis. Les recettes potentielles de la CNAS seraient théoriquement de 34,5% de la masse salariale, mais le résultat de cette équation théorique ne coïncide pas forcément avec les recettes réelles de la CNAS. La CNAS subit alors un manque à gagner du fait qu'une bonne partie des salariés (33% selon l'ONS, 2011) ne sont pas affiliés à la sécurité sociale et leur salaire n'est pas soumis donc à cotisation. C'est aussi le cas pour la CASNOS qui souffre dans son fonctionnement du faible recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants (Merouani et al, 2014, p127).

5. Conclusion

En Algérie, l'assurance maladie, à travers ses deux caisses (CNAS et CASNOS), fait face à un accroissement constant des dépenses stimulées par divers facteurs, et particulièrement par les effets induits par la transition sanitaire, l'extension de l'offre publique et privée ainsi que par les aléas du marché du médicament, qui demeure difficile à maîtriser, et ce quelles que soient les politiques mises en œuvre dans ce sens

Dans ce pays, le mode de financement du système d'assurance maladie sociale, découle directement de son caractère professionnel, ce qui rend sa situation financière très sensible à la conjoncture économique. C'est ainsi que dans une conjoncture instable, marquée entre autres par l'augmentation du taux de chômage et l'extension d'activités dans le secteur informel (qui a caractérisée l'économie algérienne ces dernières années), les équilibres financiers de la branche assurance maladie ont été fragilisés. Celle-ci souffre de l'inadéquation entre les taux de cotisation, relativement faibles et l'importance des dépenses afférentes aux soins des assurés sociaux. En outre, la largesse et le manque de rigueur des procédures de contrôle font que des catégories non assurées et non cotisantes bénéficient des avantages du système.

Compte tenu de toutes ces lacunes, les autorités algériennes devraient engager une réflexion sérieuse sur l'avenir de la couverture universelle en général et de l'assurance maladie sociale en particulier, à la lumière des expériences d'autres pays. Ils devraient comprendre que le financement de la santé par l'AMS nécessite d'être complété par des mécanismes complémentaires pouvant renforcer le niveau et la qualité des prestations. De plus, en raison des faibles capacités de mobilisation des ressources dans ces pays, les pouvoirs publics devraient explorer les possibilités d'augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé et/ou de trouver des mécanismes de financement innovants.

6. Bibliographie

- Bocognano A., Dumesnil S., Frerot L., Le Fur P., Sermet C. (1999), « Santé, soins et protection sociale en 1998. Enquête sur la santé et la protection sociale - France 1998 », CREDES, *rapport n° 487*.
- Brahamia B. (2010a), « Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb », Bahaeddine Editions, Alger.
- Brahamia B. (2010b), « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie ». Disponible sur internet à l'adresse : <http://www.coopami.org>
- Carrin G. (2002), « L'assurance sociale maladie dans les pays en développement: un déficit permanent », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol 55,2/2002.
- CNES. (2001), « L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier », 18^{ème} session plénière, juin 2001.
- Données du Centre des liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociales (CLEISS), disponibles sur internet à l'adresse : <http://www.cleiss.fr>
- Hannouz M., Khadir M. (1996), « Précis de sécurité sociale : à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux », Edition OPU, Alger.
- Jutting J.P. (2001), « The impact of health insurance on the access to health care and financial protection in rural developing countries: The example of Senegal », *World Bank Health Nutrition and population discussion paper*, September 2001
- Kara Terki A. (2010), « La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public », *Thèse de doctorat En sciences économiques*, Université de Tlemcen.
- Kassa F. (2009), « Essai d'analyse des dépenses d'assurance maladie en Algérie », *Mémoire de Magister en sciences économiques*, Université de Bejaia.
- Lamri L. (2001), « Monographie de l'assurance maladie en Algérie », Séminaire RESSMA, Tunis, Hammamet 14/16 novembre 2001.

-
- Lamri L. (2002), « Problématique du financement de la santé en Algérie », *revue Savoirs et Compétences*, n° 02, Editée par l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INPFP), pp.34-44.
 - Makinen M. et Konaté M. (2005), « Evaluation de l'impact des systèmes d'assurance sanitaire sur l'utilisation des services de santé au Mali », Enquête sur la santé, Mali 1999, *rapport USA ID*.
 - Merouani W., Hammouda N.E., El Moudden C. (2014), « Le système algérien de protection sociale : entre bismarckien et beveridgien », *Les cahiers du CREAD*, N°107-108.
 - Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MTSS) : Diverses statistiques.
 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. (2016), « Présentation du système national de sécurité sociale », Rencontre Forum des Chefs d'Entreprises, Alger, disponible sur internet à l'adresse <http://www.fce.dz>
 - Office National des Statistiques. (2016b), « L'Algérie en quelques chiffres. Résultats : 2013 – 2015 », n°46, Edition: 2016.
 - Office National des Statistiques. (2017), « L'Algérie en quelques chiffres. Résultats : 2014-2016 », n°47, édition: 2017.
 - Office National des Statistiques. (2018), « L'Algérie en quelques chiffres. Résultats : 2015- 2017 », n°48, édition: 2018.
 - Oufriha F.Z. (2002), « Système de santé et population en Algérie », Editions ANEP, Alger.
 - Smith K V., Sulzbach S. (2008), « Community-based health insurance and access to maternal health services: evidence from three West African countries Social », *Science & Medicine*, 66(12), pp.2460-2473.
 - Snoussi Z. (2017), « Les fausses réponses à l'accroissement des dépenses de remboursement des médicaments en Algérie », *In Les évolutions récentes du système de santé algérien*, Edition CREAD.
 - Zehnati A. (2008), « La crise du système de financement de la santé en Algérie », communication présentée au *colloque international : Services, innovation et développement durable*, Poitiers, 26-28 mars 2008.