

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A.MIRA-BEJAIA



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion
Département de Sciences Economiques

THÈSE

Présentée par

MEKLAT Atmane

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SCIENCES

Filière : Sciences Economiques

Option : Gestion du Développement

Thème

**Impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité financière aux soins
de cardiologie dans la wilaya de Bejaia**

Soutenue le :

Devant le Jury composé de :

Nom et Prénom

Grade

Mr IFOURAH Hocine	Professeur	Univ. de Bejaia	Président
Mr KANDI Nabil	MCA	Univ. de Bejaia	Rapporteur
Mr IDIRI Yanis	MCA	Univ. de Bejaia	Examineur
Mme GUETTAF Lila	Professeur	Univ. de Sétif 1	Examineur
Mme MERAH Amina	MRA	CREAD Alger	Examineur
Mme FETHALLAH Messaouda	Professeur	Univ. Alger 3	Examineur
Mr BEN MIMOUN Salem	Dr en Cardiologie	Président du forum de cardiologie	Invité

Année Universitaire : 2025/2026

Remerciements

A l'issue de la rédaction de cette recherche, je suis convaincu que la thèse est loin d'être un travail solitaire. En effet, je n'aurais jamais pu réaliser ce travail doctoral sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard de ma recherche m'ont permis de progresser dans cette phase délicate de « l'apprenti chercheur ».

*En premier lieu, je tiens à remercier mon directeur de thèse, docteur **KANDI Nabil**, pour la confiance qu'il m'a accordé en acceptant d'encadrer ce travail doctoral, pour ses multiples conseils et pour diriger cette recherche. Enfin, j'ai été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail.*

*Je souhaiterais exprimer ma gratitude à professeur **KACHENOURA El-Alfja** professeur en cardiologie au CHU de **Bejaia**, pour ses précieux conseils à chaque fois que j'ai sollicité son aide, ainsi que pour ses multiples orientations.*

*Mes remerciements vont également à madame **GHERBI Ghania**, directrice du CHU de **Bejaia** pour sa précieuse contribution.*

*Mes vifs remerciements vont aux **Dr BOURAOUI Kamel**, **Dr BENMIMOUM Salem** et **Dr BEZGHICHE** pour leur disponibilité, orientation et encouragement pour l'accomplissement de ce travail.*

Mes remerciements vont également aux membres du jury pour avoir accepté de participer à l'évaluation et l'amélioration de cette thèse.

Enfin, mes remerciements vont à toutes personnes ayant contribué de près ou de loin pour l'accomplissement et l'achèvement de ce travail.

- M. Atmane -

Dédicaces

Ce travail est dédié

A la mémoire de mes parents

A mon épouse,

A mes enfants,

À ma famille

A mes ami(e)s,

Et à tous mes collègues.

- M. Atmane -

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Liste d'abréviation

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction Générale

1

Chapitre I Cadre conceptuel de la relation entre le pouvoir d'achat et l'accessibilité aux soins 8

Section 01: Cadre conceptuel sur le pouvoir d'achat 9

Section 02 : L'accessibilité financière aux soins : défis, inégalités et politiques publique 24

Section 03 : Théories économiques sur la santé et l'équité : quelles stratégies pour améliorer l'accessibilité financière aux soins? 38

Chapitre II Le pouvoir d'achat en Algérie 55

Section 01 : Les déterminants du pouvoir d'achat en Algérie 57

Section 02 : L'évolution du pouvoir d'achat en Algérie 73

Section 03 : Politiques publiques et perspectives pour améliorer le pouvoir d'achat 88

Chapitre III 107 Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins 107

Section 01: L'évolution des dépenses de santé en Algérie 109

Section 02: La structure des dépenses de santé en Algérie. 126

Section 03: : Les réformes et mesures pour améliorer l'accessibilité financière aux soins en Algérie 148

Chapitre IV 172 Les dépenses de soins de cardiologie à Bejaia 172

1. Section 01 : Méthodologie de l'enquête 174

Section 02: Les dépenses totales de santé des malades atteints de cardiopathies à de Bejaia 190

Section 3 : Les dépenses totales de soins de cardiologie des malades (Out of Pocket) 197

Chapitre V : L'accessibilité financière aux soins de cardiologie chez les malades à Bejaia : Quel effet du pouvoir d'achat ? 227

Section 1 : Sources de financement des dépenses de soins de cardiologie 229

Section 2 : Coût moyen des soins de cardiologie à charge du malade	242
Section 3 : Impact du coût des soins de cardiologie sur l'appauvrissement des ménages.	266
Conclusion Générale	288
Références Bibliographiques	297
Bibliographie	298
Annexes	330
Tables des matières	

Liste d'abréviation

CASNOS : Caisse des assurances sociales des non-salariés

CNAS : Caisse nationale des assurances sociales

DPSB : Direction de la planification et du suivi des budgets

DTS: Dépenses totales de santé.

HTA : Hypertension artérielle

IDM: Infarctus du Myocarde

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPC : Indice des prix à la consommation

MCV : Maladies cardiovasculaires

MENA : Middle East and North Africa en anglais

MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme élargi de vaccination

PIB : Produit Intérieur Brute

PPA : Parité de Pouvoir d'Achat

RDB : Revenu disponible brut

RDBA : Revenu disponible ajusté

TQM : Théorie Quantitative de la Monnaie

UC : Unités de consommation

BM : Banque Mondiale

USD : Unated States Dollars

ONS : Office Nationale de Statistiques

IQVA : Est le résultat de la fusion entre deux sociétés leaders du secteur de la santé, IMS Health et Quintiles, en 2016.

INSP : Institut National de Santé Publique

Liste des tableaux

Tableau n°1: Budget des transferts sociaux en Algérie (2021-2022)	60
Tableau n°2: Les dépenses de santé dans la région MENA en 2021	123
Tableau n°3: Comparaison des dépenses de santé et de l'espérance de vie avec quelques pays dans le monde en 2021	125
Tableau n°4: Infrastructures de santé publiques (1996-2023)	152
Tableau n°5: Structures publiques spécialisées en 2023 en Algérie	153
Tableau n°6: Infrastructures de proximité 1996-2023	154
Tableau n°7: Personnel médical et paramédical (2003 et 2023).	155
Tableau n°8: Marché du médicament (millions de dinars)	163
Tableau n°9: Les médicaments les plus vendus en Algérie en 2022	165
Tableau n°10: La contribution de l'industrie local dans les médicaments les plus vendus en Algérie en 2022	167
Tableau n°11: Les malades selon l'âge	183
Tableau n°12: Les malades selon le genre	183
Tableau n°13: Les malades selon la situation matrimoniale et le nombre de personnes à charge.	184
Tableau n°14: Les malades selon le niveau d'instruction	184
Tableau n°15: Les malades selon l'activité professionnelle	185
Tableau n°16: Les malades par sexe et selon l'activité professionnelle	185
Tableau n°17: Dépenses directes totales de santé des ménages (par trimestre)	191
Tableau n°18: Répartition des ménages ayant un membre atteint de MCV, selon leur taille	192
Tableau n°19: Relation entre le nombre de personne à charge et les DTS	192
Tableau n°20: Nombre de membres du ménage atteints de maladies chroniques	194
Tableau n°21: DTS selon le nombre de membres du ménage atteints de maladies chroniques	195
Tableau n°22: DTS selon le revenu des ménages	196
Tableau n°23: Les DTS de cardiologie par malade et par trimestre à Bejaia.	198
Tableau n°24: Dépenses directes des ménages pour les consultations médicales en cardiologie à Bejaia.	199
Tableau n°25: Dépenses directes des ménages pour les programmes de soins en cardiologie	201
Tableau n°26: Dépenses directes des ménages pour les actes de radiologies en cardiologie .	203
Tableau n°27: Dépenses directes des ménages pour les analyses médicales prescrites en cardiologie	204
Tableau n°28: Dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux pour soins de cardiologie	206
Tableau n°29: Dépenses directes des ménages pour les déplacements pour recevoir les soins de cardiologie (trimestre)	207
Tableau n°30: Les pertes de revenu dues à l'absentéisme (malade et membres de sa famille)	211
Tableau n°31: Dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie selon leur niveau de revenu	213
Tableau n°32 : Dépenses de soins de cardiologie selon le niveau d'instruction	215

Tableau n°33: Dépenses en soins de cardiologie selon le nombre de personnes à charge dans le ménage.....	216
Tableau n°34: La répartition des malades de notre échantillon selon le type de la MCV.....	218
Tableau n°35: Dépenses directes des ménages en soins de cardiologie selon la nature de MCV (par trimestre)	219
Tableau n°36: Sources de financement des consultations de cardiologie.....	233
Tableau n°37: Coût moyen des consultations médicales à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)	244
Tableau n°38: Coût moyen des programmes de soins en cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da).....	246
Tableau n°39: Coût moyen d'actes de radiologie pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)	248
Tableau n°40 : Coût moyen des analyses médicales pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)	249
Tableau n°41: Coût moyen des déplacements pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da).....	253
Tableau n°42: Le coût moyen des traitements médicamenteux pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)	254
Tableau n°43: Le coût moyen des indemnités journalières causées par les soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)	255
Tableau n°44 : Coût moyen global pour soins de cardiologie par nature de MCV à charge du malade, par malade et par trimestre (en Da).....	257
Tableau n°45 : Coût moyen global pour soins de cardiologie par nature de MCV à charge du malade, par malade et par trimestre (en Da) (suite).....	260
Tableau n°46 : Part des dépenses moyennes directes du malade en soins de cardiologie dans les dépenses totales de santé du ménage, par trimestre (en Da).....	262
Tableau n°47 : Part des dépenses moyennes directes des ménages en soins de cardiologie dans leur revenu moyen, par trimestre et par malade (en Da)	264
Tableau n°48 : Dépenses de contraintes moyenne par MCV, par ménage et par trimestre (en Da)	268
Tableau n°49 : Calcul du revenu disponible moyen par MCV, par ménage et par trimestre (en Da)	269
Tableau n°50 : Coût moyen global des soins par MCV, par malade et par trimestre.....	270
Tableau n°51 : Nature des difficultés financières causés par la MCV pour les ménages	274

Liste des figures

Figure n°1 : Typologie des coûts des soins	25
Figure n°2 : L'évolution du SNMG en Algérie	59
Figure n°3 : Le taux d'inflation en Algérie (2004–2024).....	64
Figure n°4 : L'IPC en Algérie (2002-2024)	65
Figure n°5 : Le taux de chômage en Algérie	66
Figure n°6 : Evolution du cours du dinar algérien face aux devises (pour 1 euro et 1 dollar).....	70
Figure n°7 : Le PIB par habitant en Algérie (1962-1970) en USD.....	75
Figure n°8 : Le commerce extérieur de l'Algérie (1963 à 1973).....	76
Figure n°9 : Le prix du baril de pétrole (1970-1990) en USD	77
Figure n°10 : Le PIB par habitant (1970-1989) en Algérie (USD)	77
Figure n°11 : L'IPC en Algérie (1970-1990) (base 2010=100).....	78
Figure n°12 : Le commerce extérieure de l'Algérie (1974-1994)	79
Figure n°13 : L'IPC en Algérie (1990-2000) (base 1989 =100).....	80
Figure n°14 : PIB par habitant (1990-2000) en Algérie (USD)	81
Figure n°15 : Le prix du baril de pétrole (USD).....	82
Figure n°16 : Le commerce extérieure de l'Algérie (1995-2010)	82
Figure n°17 : L'IPC en Algérie (2000-2015) (base 2010=100).....	83
Figure n°18 : Le PIB par habitant en Algérie (2000-2015).....	83
Figure n°19 : Le PIB par habitant (2014-2024) en Algérie (USD).....	86
Figure n°20 : L'inflation en Algérie depuis 1970 par rapport à l'UE	87
Figure n°21 : Dépenses mensuelles des ménages en carburants.	95
Figure n°22 : Dépenses totales courantes de santé par rapport au PIB (%) (1995-2021).....	110
Figure n°23 : Dépenses de santé en \$ courant et constant (base 2010) (1995-2021) ..	111
Figure n°24 : Dépenses de santé par habitant entre 1990 et 2020 en Algérie (\$)	112
Figure n°25 : L'évolution de la population totale en Algérie (1960-2022)	113
Figure n°26 : Taux de croissance annuelle de la population en % de la population totale en Algérie (1960-2022)	114
Figure n°27 : L'espérance de vie à la naissance (en année) en Algérie (1960-2022) .	115
Figure n°28 : Le taux de mortalité générale en Algérie (1960-2022)	115
Figure n°29 : Le taux de natalité brute par 1 000 habitants en Algérie (1960-2022)	116
Figure n°30 : La population de plus de 65 ans, % de la population totale (1960-2022)	116
Figure n°31 : Dépenses publiques de santé en % du budget total de l'Etat.....	129
Figure n°32 : Budget de fonctionnement du ministère de la santé (KDA) (base 2001)	130
Figure n°33 : Forfait hôpitaux de 1980 à 2025 (milliards Da) (Base 2010)	133
Figure n°34 : Dépenses des prestations sociales de la CNAS (milliards Da).....	134
Figure n°35 : Dépenses des assurances sociales (en milliards de dinars)	135
Figure n°36 : Structure des dépenses des assurances sociales (milliards de dinars). 	136
Figure n°37 : Dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS en 2017 (milliards de dinar).....	137

Figure n°38 : Dépenses de santé directes des ménages (% des DTS)	142
Figure n°39 : Structure des dépenses de santé en Algérie	144
Figure n°40 : Structure des dépenses de santé par source de financement (%).....	146
Figure n°41 : Coexistante de comorbidité dans le ménage	194
Figure n°42 : Absentéisme des malades atteint de MCV pour recevoir les soins de cardiologie	209
Figure n°43 : Absentéisme des membres des familles des malades atteints de MCV pour recevoir les soins de cardiologie	210
Figure n°44 : La comorbidité chronique chez le malade	221
Figure n°45 : Les principales maladies chroniques en comorbidité avec la MCV	222
Figure n°46 : Impact de la comorbidité chronique sur les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie	223
Figure n°47 : Couverture sociale des malades atteint de MCV à Bejaia	230
Figure n°48 : Demande de soins ambulatoire de cardiologie à Bejaia	232
Figure n°49 : Demande de programmes de soins de cardiologie selon le secteur juridique	234
Figure n°50 : Sources de financement des programmes de soins de cardiologie fournis par le secteur libéral	235
Figure n°51 : Sources de financement des actes de radiologie pour soins de cardiologie	237
Figure n°52 : Sources de financement des analyses médicales	237
Figure n°53 : Sources de financement des traitements médicamenteux	239
Figure n°54 : Les sources de financement des frais de déplacement pour les soins de cardiologie	240
Figure n°55 : Sources de financement des pertes d'indemnités journalières pour soins de cardiologie	241
Figure n°56 : Degrés d'accessibilité aux soins de cardiologie selon la MCV et le revenu disponible, par ménage et par trimestre (%)	271
Figure n°57 : Les sources des aides financières pour les soins de cardiologie.	273
Figure n°58 : Impact de la MCV sur l'appauvrissement du ménage	277
Figure n°59 : L'impact social de la MCV sur les malades et leurs familles.....	279
Figure n°60 : Les causes de la baisse d'accessibilité financière aux soins de cardiologie perçues par les malades.....	281
Figure n°61 : L'appréciation de l'accessibilité financière aux soins de cardiologie par les malades.....	283

Introduction Générale

La notion d'accessibilité aux soins est à la croisée de trois disciplines : l'économie, la sociologie et la géographie. C'est ainsi que s'offrir des soins dépend de la répartition géographique des structures de soins, du personnel de santé et de la population, d'une part ; et de la capacité physique et financière des malades d'accéder à ces soins, d'autre part (Picheral, 2001).

L'accès aux soins est un droit fondamental reconnu par l'OMS qui définit ce droit comme la capacité pour chaque individu de recevoir des soins au moment opportun et dans des conditions appropriées. Cependant, le dernier rapport de la Banque Mondiale (BM) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révèle qu'en 2017, plus de la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux services essentiels de santé. En outre, plus de 800 millions de personnes dépensent au moins 10 % de leur budget familial pour les dépenses de santé d'un membre de leur foyer. Cette situation expose ces ménages à un risque d'extrême pauvreté si un second membre de la famille tombe malade (OMS, 2017). La situation d'inégalité d'accès aux soins est particulièrement marquée en Afrique, en Amérique latine, en Asie et en Europe de l'Est. Ces disparités ne se limitent pas seulement aux différences entre pays, mais se manifestent également à l'intérieur des nations, où les moyennes nationales peuvent masquer une couverture sanitaire insuffisante pour les populations à faible revenu. Cette réalité souligne l'importance d'adapter les politiques de santé pour garantir un accès équitable aux soins pour tous, indépendamment de leur situation économique ou géographique.

L'accessibilité financière aux soins renvoie à l'impact du revenu des individus sur leur demande de soins, elle est définie comme la possibilité financière de recourir à des services de santé ou à une innovation médicale (Picheral, 2001). Ainsi, le revenu joue un rôle déterminant sur la demande de soins (Grossman, 1972) (Acton, 1975) et sur les variables économiques (Christianson, 1976). Toutefois, les résultats des études empiriques demeurent controversés pour certains chercheurs (Heller, 1982) ; (Akin, 1986) et (Mwabu, 1986)) qui ont mené des enquêtes transversales de populations. Ils ont conclu en effet une inélasticité des prix par rapport à la demande de soins des ménages. Ce qui a contredit les prédictions théoriques des premiers auteurs. De ce fait, d'autres auteurs se sont intéressés à la question, et ont approfondi les investigations (Gertler P. V., 1988). Ils ont abouti à la conclusion que les estimations des paramètres dépendaient de la spécification de la fonction d'utilité de laquelle ils ont été dérivés (Gertler P. V., 1990). Pour eux, l'élasticité-prix est faible pour

l'ensemble de la population, mais très forte pour les groupes vulnérables comme les pauvres et les enfants.

Les recherches sur l'effet du revenu sur la demande soins sont multiples, et s'accordent toutes à confirmer l'effet positif du revenu ou plus précisément du niveau du pouvoir d'achat sur la demande de soins. Ce qui constitue un problème d'équité sociale vu l'inégalité d'accès aux soins entre les groupes d'individus selon leur niveau de revenu. Un problème de santé publique, vu que les groupes vulnérables sont plus exposés aux facteurs de risque (habitats insalubres, qualité d'assainissements, accès à l'eau potable, etc.) ce qui les transforme en des foyers de pandémie qui peut s'aggraver par la non prise en charge médicale à temps, et surtout par un problème économique. En effet, une faible accessibilité aux soins aboutira à une baisse de la productivité de la population active et à une augmentation des dépenses de santé suite à une lourde prise en charge des épidémies ou des complications graves des malades arrivés tardivement aux structures de soins.

Si l'accès aux soins en Algérie est un droit garanti par la constitution, l'Etat a, depuis l'indépendance, fourni des efforts considérables pour soutenir la gratuité des soins dans les structures publiques et par l'adoption de la carte sanitaire (Amir, 1986).

En Algérie, l'accessibilité financière aux soins de santé essentiels (médecine générale, vaccination, hospitalisation, etc.) est assez forte grâce à la gratuité des soins instaurée depuis 1973 au niveau de toutes les structures publiques de soins. Des structures qui couvrent l'ensemble du territoire national. Toutefois, cette gratuité ne concerne que la consultation médicale chez un praticien généraliste d'un établissement de santé public et les soins d'infirmier (pansement, injections, vaccination, etc.). Les dysfonctionnements du système (pénurie de radiologues, manque de médicaments ou de réacteurs chimiques pour les examens biochimiques, manque de médecins spécialistes, etc.) et les pannes répétitives des matériaux font que le malade est orienté vers le secteur libéral pour tous les actes de radiologie et d'analyse biochimique (Azri, 2022).

En outre, l'Algérie connaît depuis les années 80 une transition épidémiologique et démographique. Bien qu'au lendemain de l'indépendance l'Algérie a longtemps été confrontée à une prévalence élevée de maladies transmissibles, cependant, ces problèmes de santé ont considérablement diminué grâce à l'amélioration des conditions de vie, à l'élargissement de la couverture sanitaire et à la mise en œuvre de programmes nationaux de santé publique. Cette dynamique a entraîné une amélioration significative des indicateurs de

santé, se traduisant par une baisse notable de la mortalité générale et une augmentation progressive de l'espérance de vie, qui est passée de moins de 50 ans en 1962 à 79,6 ans en 2023, selon les données de l'Office National des Statistiques (ONS).

Cette transition épidémiologique se manifeste par une nette diminution des maladies transmissibles, tandis que les maladies non transmissibles, notamment les maladies chroniques, se sont imposées comme la principale cause de mortalité. Ce bouleversement met en évidence une redéfinition des priorités en matière de santé publique, exigeant une attention renforcée et des stratégies adaptées pour faire face à des pathologies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers, qui représentent désormais des enjeux majeurs pour la santé des populations.

Parallèlement, l'Algérie connaît une transition démographique caractérisée par une transformation de la pyramide des âges. La proportion de la population âgée de moins de 5 ans et de plus de 65 ans augmente, tandis que la population adulte stagne. Ce phénomène entraîne un vieillissement progressif de la population, ce qui pose des défis en matière de financement des systèmes de santé et de sécurité sociale. L'augmentation de l'indice de dépendance, qui mesure le rapport entre la population inactive et celle en âge de travailler, souligne également la nécessité de repenser les politiques de santé et de protection sociale, adaptées à une population vieillissante.

Ainsi, l'Algérie se trouve à un tournant crucial, où il est impératif d'adapter les stratégies de santé publique pour faire face à ces nouvelles réalités démographiques et épidémiologiques.

Dans ce contexte, le budget destiné à ce secteur est économiquement limité par contrainte de la disponibilité des ressources financières, ce qui peut entraver la prise en charge des besoins médicaux et matériels des populations (Abbou & Brahamia, 2017), surtout que le coût de la santé devient aujourd'hui plus pesant vu le pouvoir d'achat des couches sociales les plus précarisées, notamment avec l'émergence des chroniques et dégénératives (Cancer, Diabète, hypertension, Spina Bifida, etc.), des maladies jugées médicalement pénibles et coûteuses. Ceci a développé l'inaccessibilité aux soins sur le plan financier, surtout chez les populations socialement vulnérables, incapables de couvrir les soins nécessaires et urgents (Fischer, Leukert, Telser, & Vaterlaus, 2011).

Les maladies cardiovasculaires sont les plus enregistrées en Algérie et les plus mortelles des maladies chroniques. Elles sont responsables de plus de 36% des décès en

2016 (INSP, 2020). Elles sont la conséquence de facteurs de risque principalement liés à l'hygiène de vie.

Cette tendance à la hausse des maladies non transmissibles a un impact considérable sur le système national de santé et sur le système de sécurité sociale, notamment concernant la prise en charge médicale et sociale des patients. Selon la dernière enquête menée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) en collaboration avec l'UNICEF, les maladies cardiovasculaires touchent de plus en plus la population active. Cela représente une perte économique significative, car ces maladies sont souvent handicapantes et peuvent entraîner des arrêts de travail prolongés. Les données révèlent que l'âge moyen du premier diagnostic de maladie cardiovasculaire (MCV) dans la population active est de seulement 37,8 ans, tandis que pour la population non occupée, cet âge est de 52,1 ans. Cette différence souligne l'impact précoce des maladies cardiovasculaires sur les travailleurs, affectant non seulement leur santé, mais aussi leur capacité à contribuer à l'économie. De plus, la prévalence des maladies cardiovasculaires est similaire entre les populations urbaines et rurales, ce qui indique que le problème est généralisé et nécessite une attention urgente.

Il s'avère indispensable d'adopter des stratégies de prévention et de sensibilisation pour lutter contre ces maladies, en mettant l'accent sur l'éducation sanitaire, la promotion d'un mode de vie actif et une alimentation équilibrée. Ces efforts doivent être soutenus par des politiques de santé publique visant à réduire les facteurs de risque et à améliorer la qualité de vie de la population (MSPRH & UNICEF, 2019).

A l'instar du reste du pays, dans la wilaya de Bejaia le problème des maladies cardiovasculaires prend de plus en plus de l'ampleur vu le nombre croissant des cas enregistrés par les services sanitaires et le coût de leur prise en charge. Selon les données fournies par la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) de Bejaia, en septembre 2019, le nombre total d'assurés sociaux souffrant de pathologies cardiovasculaires s'élevait à 37 589, ce qui représente environ 33,96 % des 110 688 assurés atteints de maladies chroniques. Cette proportion fait des maladies cardiovasculaires la catégorie la plus répandue parmi les maladies chroniques, suivie par le diabète, qui représente 23,46 % des cas, et le cancer avec 17,67 %. L'hypertension artérielle maligne quant à elle, constitue 12,03 % des cas. Cette situation met en lumière l'ampleur des maladies cardiovasculaires en tant que problème de santé publique majeur. La prévalence élevée de ces pathologies souligne la nécessité d'une attention accrue et de mesures de prévention adaptées.

De plus, la prise en charge de ces maladies par la CNAS, qui inclut des remboursements intégraux pour certaines pathologies, témoigne d'un engagement à améliorer l'accès aux soins pour les assurés. Cela est particulièrement crucial dans un contexte où les maladies chroniques peuvent entraîner des coûts médicaux élevés et affecter la qualité de vie des patients. En renforçant les mesures de prévention et en facilitant l'accès aux traitements, il est possible de réduire l'impact des maladies cardiovasculaires sur la population et d'améliorer la santé publique dans son ensemble (CNAS, 2022). De ce fait, près de la moitié des malades chroniques de Bejaia (46% entre maladies cardiovasculaires et hypertension artérielle maligne) font recours aux soins de cardiologie !!

Ainsi, la question centrale de notre recherche, qui en découle, est :

Quel est l'impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie dans la wilaya de Bejaia ?

Afin de répondre à cette question principale, certaines autres questions méritent réflexion à savoir :

- Quelle est l'évolution du pouvoir d'achat en Algérie ?
- Qu'en est-il de l'évolution des dépenses de santé en Algérie ? et quelle est leur structure ?
- Quel est le niveau de l'accessibilité financière aux soins de cardiologie à Bejaia ?
- Quelle est la participation des malades atteints de pathologies cardiovasculaires dans le financement de leurs soins à Bejaia ?

Afin de répondre à ces questions, nous allons avancer quelques hypothèses :

- **Hypothèse 1 :** En Algérie, plus le pouvoir d'achat d'un ménage diminue, moins il a les moyens de financer les traitements à long terme des soins de cardiologie, ce qui réduit l'accès aux soins et peut entraîner un impact négatif sur leur qualité de vie à cause des complications médicales, du stress, de la réduction de la quantité ou de la qualité des traitements.
- **Hypothèse 2 :** La couverture par la sécurité sociale, bien qu'existante pour la majorité de la population algérienne, ne suffit pas pour garantir un accès aux soins de cardiologie pour tous les patients atteints de maladies cardiovasculaires, notamment en raison des dépassements d'honoraires, des coûts des médicaments et des actes médicaux.
- **Hypothèse 3 :** Les maladies cardiovasculaires ont un impact significatif sur le budget des ménages, pouvant entraîner un cercle vicieux : la maladie réduit le pouvoir d'achat,

qui à son tour limite l'accès aux soins et aggrave l'état de santé. Un paradoxe qui entraîne une diminution de la productivité au travail, et a des répercussions sur l'absentéisme.

- **Hypothèse 4 :** Les inégalités sociales en Algérie accentuent les disparités en matière d'accessibilité financière aux soins de cardiologie. En effet, les populations les plus défavorisées étant les plus touchées. Ce qui constitue une source de stigmatisation pour les malades qui développent une détresse psychologique et un sentiment d'injustice.

Dans le cadre de l'élaboration de ce travail, la démarche adoptée vise à répondre à plusieurs préoccupations méthodologiques. Tout d'abord, elle repose sur une approche théorique qui englobe une recherche bibliographique et documentaire approfondie, abordant divers aspects de l'accessibilité financière aux soins de santé, ainsi que la relation entre la demande de soins et le pouvoir d'achat des individus.

Ensuite, cette étude s'appuie sur des données statistiques provenant de plusieurs sources fiables, notamment l'ONS, le ministère de la Santé, le ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, ainsi que l'INSP et l'OMS. Ces données permettront d'analyser de manière rigoureuse les enjeux liés à l'accessibilité aux soins et d'évaluer l'impact des facteurs économiques sur la santé des populations. Cette approche méthodologique intégrée est essentielle pour comprendre les dynamiques complexes qui influencent l'accès aux soins et pour formuler des recommandations pertinentes en matière de politiques de santé.

En outre, nous tenterons une approche empirique, en analysant l'évolution du pouvoir d'achat en Algérie, d'une part, et l'évolution épidémiologique et des dépenses de santé, d'autre part. Par la suite, nous effectuerons une enquête de terrain par questionnaire auprès des malades atteints de Maladies Cardio-Vasculaires dans la wilaya de Bejaia afin d'évaluer l'impact potentiel du pouvoir d'achat sur leur accessibilité financière aux soins de cardiologie.

Cela étant, nous avons structuré ce travail en cinq chapitres :

- Le premier chapitre s'intéresse aux notions de base sur le pouvoir d'achat et les fondements théoriques sur l'accessibilité financière aux soins, en mettant l'accent sur les effets des variables économiques (telles que les prix et les revenus) sur la demande de soins,
- Le deuxième chapitre abordera l'évolution du pouvoir d'achat en Algérie depuis l'indépendance,

- Le troisième chapitre présentera l'évolution des dépenses de santé en Algérie depuis l'indépendance ;
- Le quatrième chapitre avancera une première partie des résultats de notre enquête à Bejaia. Il développera la structure des dépenses de soins de cardiologie chez les malades, après avoir présenté leurs dépenses totales de soins,
- Le cinquième chapitre illustrera la deuxième partie des résultats de notre enquête à Bejaia. Il mettra en relation le pouvoir d'achat et l'accessibilité aux soins de cardiologie auprès des malades atteints de MCV à Bejaia.
- Enfin, nous terminerons par une conclusion générale

Chapitre I

Cadre conceptuel de la relation entre le pouvoir d'achat et l'accessibilité aux soins

La relation entre le pouvoir d'achat et l'accessibilité financière aux soins constitue un enjeu central dans les débats économiques et sociaux contemporains. Alors que le pouvoir d'achat reflète la capacité des ménages à acquérir des biens et services en fonction de leurs revenus et des niveaux de prix, l'accessibilité financière aux soins renvoie à la possibilité pour les individus de bénéficier de services de santé sans que cela ne compromette leur situation économique. Ces deux notions, bien que distinctes, sont intimement liées : une diminution du pouvoir d'achat peut limiter l'accès aux soins, tandis qu'une amélioration de ce dernier peut renforcer la capacité des ménages à se soigner.

Ce chapitre propose d'explorer le cadre conceptuel de cette relation complexe, en mettant en lumière les interactions entre les déterminants économiques, sociaux et politiques qui influencent à la fois le pouvoir d'achat et l'accès aux soins. À travers une analyse approfondie, nous chercherons à comprendre comment ces deux dimensions interagissent pour façonner le bien-être des individus ou les inégalités en matière de santé.

Section 01: Cadre conceptuel sur le pouvoir d'achat

Cette section s'attache à déconstruire le concept de pouvoir d'achat, en explorant sa définition précise, son évolution historique au gré des transformations économiques, ainsi que les multiples facteurs qui le déterminent. Nous aborderons ensuite les fondements théoriques qui sous-tendent sa compréhension, notamment à travers la théorie quantitative de la monnaie, la parité de pouvoir d'achat et les approches micro et macroéconomiques. Enfin, nous détaillerons les différentes méthodes utilisées pour mesurer cet indicateur complexe, tout en soulignant les limites inhérentes à ces mesures, afin d'offrir une vision complète et nuancée de ce concept central.

1.1. Définition et évolution du concept

Le pouvoir d'achat est une notion centrale dans l'économie. Il est une mesure du niveau de vie et un indicateur important de la qualité de vie et de la santé économique d'une population. Il représente la quantité de biens et de services qu'un individu ou un ménage peut acquérir avec un revenu donné, constituant ainsi un indicateur essentiel du bien-être et de la capacité de consommation.

1.1.1. Définition du pouvoir d'achat

Le pouvoir d'achat est un concept économique qui désigne la quantité de biens et de services qu'un individu ou un ménage peut acheter avec un revenu donné. Il est donc une mesure essentielle pour évaluer le niveau de vie des ménages. Il est influencé par deux facteurs principaux (Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, 2025) :

- **Le niveau des revenus** : plus les revenus augmentent, plus le pouvoir d'achat tend à croître.
- **Le niveau des prix** : une hausse des prix (inflation) réduit le pouvoir d'achat, tandis qu'une baisse des prix (déflation) l'augmente.

Le pouvoir d'achat est calculé en tenant compte de l'évolution des revenus et des prix, généralement à l'aide d'indices tels que l'indice des prix à la consommation (IPC). En termes simples, il représente la capacité d'un revenu à satisfaire les besoins de consommation, en prenant en considération les fluctuations des prix des biens et services. Si la valeur de la monnaie restait constante par rapport aux biens et services considérés, le pouvoir d'achat d'un revenu ou d'une rémunération évoluerait de manière proportionnelle à sa valeur nominale. Cependant, en période d'érosion monétaire, il est essentiel d'évaluer les variations de prix à l'aide d'indices appropriés. Ainsi, la variation du pouvoir d'achat est mesurée en comparant l'évolution du revenu à celle des prix, permettant ainsi d'appréhender l'impact réel des fluctuations économiques sur la capacité d'achat des ménages (Académie des sciences commerciales, 2025). En effet, en période d'inflation, le pouvoir d'achat diminue si les revenus n'augmentent pas au même rythme que les prix.

À titre d'illustration, l'inflation galopante qui a atteint un niveau record de 5,2 % en 2022 en France, en raison des répercussions économiques de la pandémie de Covid-19 et de la guerre en Ukraine, a considérablement dégradé le pouvoir d'achat des Français. Alors que les prix de l'immobilier atteignent des sommets inaccessibles pour de nombreux ménages, la hausse des coûts des aliments et de l'énergie a plongé un certain nombre de personnes dans la pauvreté. Cette situation touche particulièrement des groupes vulnérables tels que les étudiants, les retraités, ainsi que certaines catégories de la population active, notamment certains agriculteurs, ouvriers et familles monoparentales (Statista, 2025).

D'après l'INSEE, l'évolution du pouvoir d'achat des ménages est calculée en retranchant au taux de croissance du revenu des ménages disponible brut le taux de croissance du déflateur de la dépense de consommation finale en comptabilité nationale (INSEE, 2025). il existe deux types de pouvoir d'achat (Direction de l'information légale et administrative (DILA), 2025).

1.1.1.1. Pouvoir d'achat nominal

Le pouvoir d'achat nominal correspond à la quantité de biens et services qu'un revenu permet d'acheter, exprimée en prix courants, c'est-à-dire avec les prix de l'année en cours sans tenir compte de l'évolution générale des prix (inflation ou déflation).

1.1.1.2. Pouvoir d'achat réel

Le pouvoir d'achat réel, quant à lui, exprime la quantité de biens et services qu'un revenu permet d'acheter, mais en neutralisant l'effet de l'inflation. Il est calculé en « unité monétaire constante ». Cela permet de comparer le pouvoir d'achat dans le temps, en tenant compte de la hausse ou de la baisse du niveau général des prix

1.1.2. Évolution historique du concept

L'évolution du pouvoir d'achat est intimement liée aux transformations économiques, sociales et politiques. Ce concept a connu une évolution au fil du temps, façonné par les avancées de la pensée économique. En effet, l'idée de pouvoir d'achat remonte à l'époque classique du XVIII^e siècle, notamment avec Adam Smith, qui associait la richesse à la capacité d'acquérir des biens et des services. Dans les sociétés agricoles du Moyen Âge, la richesse était souvent mesurée en terres et en récoltes, et non en termes monétaires. Ce n'est qu'avec l'essor des économies monétaires que le concept moderne de pouvoir d'achat a émergé (Glavee-Geo, 2016).

Avec l'avènement de l'industrialisation pendant les Trente Glorieuses (1945-1975), la croissance économique rapide et les gains de productivité ont permis une augmentation significative du pouvoir d'achat des ménages, en France. Cela s'est traduit par une démocratisation de l'accès aux biens durables comme les automobiles et les appareils électroménagers (Landier & Merck, 2013). Depuis les années 1980, le pouvoir d'achat est devenu un indicateur clé pour mesurer le bien-être économique des ménages. Cependant, il est soumis à des fluctuations importantes en raison de crises économiques, de l'inflation et des politiques publiques (Taylor, 2002). Les crises économiques, comme celle de 2008, et

les périodes d'inflation élevée, comme dans les années 2020, ont entraîné des fluctuations importantes du pouvoir d'achat.

1.2. Les déterminants du pouvoir d'achat

Plusieurs facteurs influencent ce pouvoir d'achat qui peut varier considérablement d'un ménage à l'autre.

1.2.1 Le niveau des revenus

Le pouvoir d'achat dépend principalement des revenus disponibles, qui incluent (Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, 2025) :

- Les salaires : les revenus du travail (salaires, honoraires, etc.) constituent la principale source de revenus pour la plupart des ménages.
- Les revenus du capital : les intérêts, dividendes et loyers perçus contribuent également au revenu disponible.
- Les prestations sociales : les allocations et pensions (retraites, invalidité) jouent un rôle crucial, notamment pour les ménages à faibles revenus.

Une augmentation des revenus, notamment par des hausses salariales ou des revalorisations des prestations sociales, peut améliorer le pouvoir d'achat, surtout si elle dépasse l'inflation.

1.2.2 Le niveau des prix

Le pouvoir d'achat est également influencé par le niveau des prix des biens et services (Haut commissariat de la stratégie et au plan, 2025):

- **Inflation** : lorsque les prix augmentent plus rapidement que les revenus, le pouvoir d'achat diminue.
- **Dépenses contraintes** : les charges fixes, comme le logement, l'énergie et les assurances, impactent également le pouvoir d'achat. Une augmentation de ces dépenses peut réduire la part du revenu disponible pour d'autres achats. À titre d'exemple, en France, les prix des transports ont connu une augmentation de plus de 18 % entre 2017 et 2022, surpassant ainsi ceux de l'alimentation et du logement, qui ont tous deux augmenté de 15 %. Dans l'ensemble, le coût du panier de consommation a grimpé de 16 % durant cette période. Cette hausse est particulièrement marquée dans le secteur du logement, qui absorbe près de 20 % du revenu disponible des ménages, suivi par l'alimentation à 13 %

et le transport à 11 %.

1.2. 3 Politiques publiques

Les décisions gouvernementales ont un impact significatif sur le pouvoir d'achat, à travers :

- **La fiscalité** : la réduction des impôts sur le revenu ou des cotisations sociales permet aux ménages de conserver une plus grande part de leurs revenus, augmentant ainsi leur pouvoir d'achat. Dans ce contexte, au quatrième trimestre de 2021, l'augmentation des cotisations sociales et des impôts sur le revenu, résultant de la hausse des revenus d'activité, a été partiellement compensée par la poursuite de la réforme de la taxe d'habitation. Cependant, l'INSEE anticipe une baisse du pouvoir d'achat de 0,5 % pour les six premiers mois de 2022 (Direction de l'information légale et administrative (DILA), 2025).
- **Et les aides sociales** : les revalorisations des aides et des salaires minimums contribuent à protéger les ménages contre l'inflation et à améliorer leur pouvoir d'achat. Ainsi, la revalorisation rapide des prestations sociales et les aides ciblées aux ménages constituent des mesures budgétaires discrétionnaires significatives, visant à atténuer l'impact de la hausse de l'inflation. Cela soulève la question de savoir si ces initiatives doivent être perçues comme un véritable gain pour les ménages ou simplement comme une réduction de la perte dans un contexte inflationniste (Madec, Plane, & Sampognaro, 2025).

1.2. 4 Conditions économiques

Les conditions économiques générales influencent également le pouvoir d'achat. Ceci via :

- **La croissance économique** : une économie en croissance favorise la création d'emplois et les augmentations de salaires, ce qui peut améliorer le pouvoir d'achat des ménages. L'évolution du PIB, des revenus primaires des ménages et du pouvoir d'achat de leur Revenu disponible brut résulte d'un ensemble complexe de mécanismes qui régissent la formation et la redistribution des revenus. Ces mécanismes peuvent être classés en trois catégories :
 - **Macro-économiques** : Ils incluent des facteurs tels que la taille de la population active, les gains de productivité à long terme, la proportion d'inactifs dans la population et l'inflation.
 - **Micro-économiques** : Ils englobent les prélèvements fiscaux et sociaux ainsi que

les règles régissant l'acquisition des droits sociaux.

- Institutionnels : Ils se réfèrent à l'importance des services fournis par les administrations publiques dans l'économie.

Ces différents éléments interagissent pour influencer la dynamique des revenus et le pouvoir d'achat des ménages. (Blanchet & Lenseigne, 2019).

- **La confiance des consommateurs** : la confiance des consommateurs dans l'économie peut affecter leurs décisions d'achat et d'épargne, influençant ainsi leur pouvoir d'achat (Brookes & Facchini, 2022). À long terme, le taux d'épargne constitue un facteur crucial pour le développement économique d'un pays (Levine, 2005). En effet, sans épargne, il n'y a pas de capital ; sans capital, il n'y a pas de gains de productivité, ce qui entrave la croissance de la production, des salaires et, par conséquent, de la demande. L'offre d'épargne est également influencée par les anticipations des individus et leur perception des risques. L'aversion au risque de manquer de ressources est un puissant moteur de l'épargne, incitant les ménages à constituer des réserves pour faire face à d'éventuelles incertitudes futures (Dahback, 1991).

1.2. 5 Disparités géographiques et sociales

Il existe des disparités significatives dans le pouvoir d'achat en fonction de la localisation géographique et de la situation socio-économique :

- **La localisation géographique**: les ménages vivant dans des zones rurales peuvent faire face à des coûts de vie différents affectant leur pouvoir d'achat, par rapport à ceux vivant dans des zones urbaines. D'après deux études effectuées en France, en moyenne le reste à dépenser mensuel est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Ce pouvoir d'achat élevé s'explique par des revenus moyens supérieurs, par les sacrifices consentis sur les conditions de logement (Direction de l'information légale et administrative (DILA), 2025).
- **La croissance démographique** : Il convient de souligner que cette mesure du pouvoir d'achat est un indicateur macroéconomique établi dans le cadre de la comptabilité nationale, basé sur le revenu total perçu par l'ensemble des ménages. Son évolution est en partie influencée par la croissance démographique. Selon la Banque de France, lorsque la population française augmente à un rythme de 0,4 % par an, il est nécessaire que le pouvoir d'achat par habitant progresse d'au moins 0,4 % par an pour maintenir sa stabilité (Banque de France, 2020).
- **Inégalités de revenus** : les ménages à faibles revenus ressentent souvent une pression

plus forte sur leur pouvoir d'achat en raison de l'augmentation des dépenses contraintes et des inégalités économiques. Selon une enquête de 2019 (Lardeux & Pirus, 2020), les inégalités de revenus sont, pour 34% des Français, non seulement les plus répandues mais aussi les moins acceptables. La moitié des Français sont très préoccupés par le niveau des salaires et du pouvoir d'achat, pour six personnes sur dix parmi les plus modestes et trois sur dix des plus aisées. Seulement 19 % de ces dernières, ne sont pas ou peu préoccupées par le niveau des salaires et du pouvoir d'achat, contre 8% des plus modestes. De même, 33 % des plus aisés sont très préoccupés par cette question contre 58 % des Français les plus modestes. La pauvreté ou les conditions de travail sont mises en avant par près d'une personne sur deux appartenant aux deux premiers quintiles de niveau de vie (plus pauvres), contre une sur trois parmi les deux derniers quintiles.

Le pouvoir d'achat est déterminé par une interaction complexe entre les revenus, les prix, les politiques publiques et les conditions économiques. Comprendre ces déterminants est essentiel pour analyser les variations du pouvoir d'achat et les impacts sur le niveau de vie des ménages.

1.3. Fondements théoriques sur le pouvoir d'achat

Plusieurs théories économiques explorent les dimensions du pouvoir d'achat, notamment la théorie quantitative de la monnaie et la parité de pouvoir d'achat (PPA).

1.3.1. Théorie quantitative de la monnaie

La théorie quantitative de la monnaie (TQM) établit un lien direct entre la masse monétaire en circulation, le niveau des prix et le pouvoir d'achat. Elle postule que la valeur de la monnaie dépend de sa quantité disponible dans l'économie par rapport aux biens et services à acheter. Elle affirme qu'une augmentation de la masse monétaire est responsable, à long terme, d'une augmentation proportionnelle du niveau général des prix (inflation), ce qui réduit le pouvoir d'achat de chaque unité monétaire (Hayek, 1975). La TQM repose sur l'équation de Fisher, qui s'exprime comme suit:

$$M \times V = P \times TM$$

Où :

- M représente la masse monétaire,
- V est la vitesse de circulation de la monnaie,

- P est le niveau des prix,
- T est le volume des transactions,

avec comme hypothèses clés :

- V est stable : On suppose que les habitudes de paiement et la fréquence des transactions changent peu à court/moyen terme.
- T est fixe à son niveau potentiel (plein emploi) : L'économie produit à sa capacité maximale (ou tend vers ce niveau à long terme). La production réelle (T ou souvent notée Y pour le PIB réel) est déterminée par des facteurs réels (technologie, capital, travail) et ne dépend pas de M.
- Causalité : C'est principalement M qui influence P, et non l'inverse.

Cette équation suggère qu'une augmentation de la masse monétaire, si la vitesse de circulation et le volume des transactions restent constants, entraînera une augmentation proportionnelle du niveau des prix. En d'autres termes, plus il y a de monnaie en circulation, plus les prix des biens et services augmentent.

➤ **Le lien entre la masse monétaire et le niveau des prix**

Lorsque la banque centrale augmente la masse monétaire, en injectant des liquidités dans l'économie par exemple, cela peut conduire à une inflation si la production de biens et services ne suit pas cette augmentation. En conséquence, une même quantité de monnaie permettra d'acheter moins de biens et services, ce qui réduit le pouvoir d'achat des consommateurs (Ponsard, 1959). En période d'inflation, le pouvoir d'achat diminue car les prix augmentent plus rapidement que les revenus. Cela signifie qu'avec un revenu nominal constant, les consommateurs peuvent acheter moins de biens et services. Selon cette théorie, le pouvoir d'achat est défini comme la quantité de biens et de services qu'un revenu permet d'acheter et affecté directement par le niveau des prix (Mises, 1990). Par ailleurs, le revenu nominal est le montant d'argent reçu, tandis que le revenu réel est ajusté en fonction de l'inflation. En période d'inflation, même si le revenu nominal augmente, le pouvoir d'achat peut diminuer si l'augmentation des prix est plus rapide que celle des salaires (Guggenheim, 1978). Cette théorie explique que l'inflation a un impact sur les ménages à revenus fixes. Cette catégorie est particulièrement vulnérable à l'inflation, comme les retraités, car leurs revenus ne s'ajustent pas rapidement aux augmentations de prix (Lambert, 1938). La théorie quantitative de la monnaie illustre l'impact de la masse monétaire sur le pouvoir d'achat. Une augmentation de la masse monétaire non accompagnée de celle de la production peut

entraîner une inflation, pénalisant les consommateurs. Pour maintenir un pouvoir d'achat stable, il est crucial que les augmentations de la masse monétaire soient accompagnées d'une croissance économique adéquate.

1.3.2. Loi du prix unique et de la parité du pouvoir d'achat (PPA)

La loi du prix unique (LPU) et la parité du pouvoir d'achat (PPA) sont deux concepts économiques interconnectés qui traitent de la manière dont les prix des biens et services devraient se comporter dans un marché idéal.

1.3.2.1. Loi du prix unique (LPU)

La loi du prix unique stipule que, en l'absence de frictions commerciales (comme les coûts de transport et les barrières douanières), le prix d'un bien identique doit être le même dans différents marchés lorsqu'il est exprimé dans une monnaie commune (Hamadouche & Bouzemplal, 2019). Cela repose sur l'idée que si des différences de prix existent, des opportunités d'arbitrage apparaissent, permettant aux traders d'acheter à bas prix dans un marché, et de vendre à un prix plus élevé dans un autre, ce qui finira par égaliser les prix. Pour que la LPU soit valide, il faut une concurrence libre, une flexibilité des prix et l'absence de coûts de transaction (Ghadban, 2013).

1.3.2.2. Parité du pouvoir d'achat (PPA)

La PPA est un concept qui découle directement de la loi du prix unique. Elle postule que les taux de change entre deux devises devraient s'ajuster de manière à ce qu'un panier de biens identiques ait le même coût dans deux pays différents, une fois les taux de change pris en compte (OCDE, 2025). En d'autres termes, la PPA permet de comparer le pouvoir d'achat de différentes monnaies en fonction des prix des biens et services. La PPA est souvent utilisée pour ajuster le produit intérieur brut (PIB) entre les pays, offrant une vision plus précise du niveau de vie (Adler & Lehmann, 1983).

1.3.2.3. La relation entre LPU et PPA

La loi du prix unique est fondamentale pour comprendre la PPA. En effet, la PPA repose sur l'hypothèse que si les prix des biens identiques sont égaux dans différents pays, alors les taux de change devraient refléter cette égalité (Chang, Lee, & Hung, 2012). Si un bien coûte 100 dollars aux États-Unis et 80 euros en Europe, la PPA suggérerait que le taux de change devrait être de 1,25 dollar pour un euro (100/80) pour que le pouvoir d'achat soit équivalent. En pratique, la PPA peut être difficile à atteindre en raison de divers facteurs,

tels que les coûts de transport, les taxes, et les différences dans les structures de marché. De plus, certains biens et services ne sont pas échangés internationalement, ce qui complique encore les comparaisons de prix (Narayan & Narayan, 2007). La loi du prix unique et la parité du pouvoir d'achat sont des concepts clés en économie, qui aident à comprendre comment les prix devraient se comporter dans un marché idéal. Bien que ces théories fournissent un cadre utile pour analyser les prix et les taux de change, leur application dans le monde réel est souvent entravée par des facteurs économiques et structurels.

1.3.3. Approche microéconomique

L'approche microéconomique examine comment les ménages prennent des décisions concernant la consommation, l'épargne et l'investissement en fonction de leur revenu disponible. Ces décisions sont influencées par le concept d'utilité marginale, qui joue un rôle crucial dans l'arbitrage entre ces différentes options (Madec, Plane, & Sampognaro, 2025).

1.3.3.1. Arbitrage entre consommation et épargne

Les ménages doivent répartir leur revenu disponible entre consommation immédiate et épargne. Cet arbitrage est influencé par plusieurs facteurs (INSEE, 2018) :

- **Revenu Disponible Brut (RDB) :** Revenu disponible pour les ménages, destiné à la consommation et à l'épargne, après déduction des prélèvements fiscaux et sociaux.
- **Revenu Disponible Brut Ajusté (RDBA) :** Revenu disponible, auquel s'ajoutent les transferts sociaux en nature (tels que le remboursement des frais de santé par la Sécurité sociale), représentant la valeur des consommations individualisables fournies par les administrations publiques et les institutions à but non lucratif au bénéfice des ménages.
- **Dépenses contraintes :** Une part significative du revenu est souvent consacrée à des dépenses fixes (loyer, factures, remboursements de crédits), ce qui limite la flexibilité des ménages pour ajuster leur consommation et leur épargne (INSEE, 2025).
- **Taux d'épargne :** le taux d'épargne des ménages est la proportion de leur revenu non consommée. Il est influencé par des facteurs économiques tels que les taux d'intérêt et les incertitudes économiques. En période de crise, par exemple, les ménages tendent à augmenter leur épargne de précaution (Antonin, 2019).

1.3.3.2. Utilité marginale du revenu

L'utilité marginale est un concept clé en microéconomie qui décrit la satisfaction supplémentaire qu'un consommateur obtient en consommant une unité supplémentaire d'un

bien ou service (Angel, 1998). Dans le contexte de l'arbitrage entre consommation et épargne (Morrisson & Cazenave, 1973) :

- **Utilité marginale décroissante** : en général, l'utilité marginale du revenu est décroissante, ce qui signifie que chaque unité supplémentaire de revenu apporte moins de satisfaction que la précédente. Cela incite les ménages à diversifier leurs dépenses entre consommation immédiate et épargne.
- **Choix de consommation** : les ménages évaluent l'utilité marginale des biens et services qu'ils consomment. Ils choisiront d'acheter des biens jusqu'à ce que l'utilité marginale de la dernière unité consommée soit égale au coût de cette unité. Si le coût d'un bien augmente, les ménages peuvent décider de réduire leur consommation de ce bien et d'augmenter leur épargne ou d'investir dans d'autres biens

1.3.3.3. Investissement et épargne

L'épargne peut également être vue comme une forme d'investissement, car elle permet aux ménages de constituer un capital qui peut être utilisé pour des projets futurs, tels que l'achat d'une maison ou la préparation de la retraite (Orio & Quilès, 2009). Les décisions d'investissement sont souvent influencées par :

- **Taux d'intérêt** : des taux d'intérêt plus élevés peuvent inciter les ménages à épargner davantage, car ils peuvent obtenir un meilleur rendement sur leur épargne. Inversement, des taux bas peuvent encourager la consommation immédiate plutôt que l'épargne.
- **Anticipations économiques** : les attentes concernant l'avenir économique influencent également les décisions d'épargne et d'investissement. En période d'incertitude, les ménages peuvent choisir de conserver leur épargne plutôt que de l'investir

L'arbitrage entre consommation, épargne et investissement est un processus complexe influencé par le revenu disponible, les dépenses contraintes et l'utilité marginale. Les ménages cherchent à maximiser leur satisfaction en équilibrant ces choix, tout en tenant compte des conditions économiques et des taux d'intérêt.

1.3.4. Approche macroéconomique

Le pouvoir d'achat est un indicateur macroéconomique essentiel qui reflète la capacité des ménages à acquérir des biens et des services en fonction de leur revenu et des niveaux de prix. Il est souvent utilisé pour évaluer la santé économique d'un pays, car il influence

directement la consommation, l'épargne et, par conséquent, la croissance économique (Berr, 2019).

1.3.4.1. Définition du pouvoir d'achat

Le pouvoir d'achat est déterminé par deux facteurs principaux (Banque de France, 2020) :

- Le niveau de revenu : plus le revenu des ménages est élevé, plus leur pouvoir d'achat est fort, leur permettant d'accéder à une plus grande variété de biens et services.
- Le niveau des prix : l'évolution des prix, mesurée par l'indice des prix à la consommation, affecte directement le pouvoir d'achat : si les prix augmentent plus rapidement que les revenus, le pouvoir d'achat diminue.

1.3.4.2. Importance du pouvoir d'achat dans l'économie

Le pouvoir d'achat est un indicateur clé de la santé économique d'un pays pour plusieurs raisons (Bertrandias & Lapeyre, 2009) :

- **Consommation** : Un pouvoir d'achat élevé stimule la consommation qui est un moteur essentiel de la croissance économique. Lorsque les ménages ont les moyens d'acheter, cela entraîne une augmentation de la demande en biens et services, ce qui peut conduire à une croissance du PIB.
- **Économie politique** : Le pouvoir d'achat est souvent au cœur des préoccupations politiques, surtout en période de crise économique. Ses fluctuations peuvent provoquer des mouvements sociaux et des changements dans les politiques publiques, comme cela a été observé lors des manifestations des "gilets jaunes" en France, où les préoccupations concernant le pouvoir d'achat ont été centrales (Goethals, Vincent, & Wunderle, 2013).
- **Inégalités économiques** : Le pouvoir d'achat peut également révéler des inégalités au sein d'une population. Des études montrent que les variations du pouvoir d'achat ne sont pas uniformes et peuvent affecter différemment les divers groupes socio-économiques, ce qui soulève des questions d'équité et de justice sociale.

Le pouvoir d'achat est un indicateur macroéconomique fondamental qui reflète la santé économique d'un pays. Il influence non seulement la consommation et l'épargne mais aussi les dynamiques sociales et politiques. Pour une évaluation précise de la santé économique, il est crucial de le mesurer de manière rigoureuse, en tenant compte des variations de prix et des inégalités au sein de la population.

Ces théories fournissent des cadres analytiques pour comprendre comment le pouvoir d'achat évolue dans différents contextes économiques. Ces fondements théoriques sont essentiels pour analyser les impacts des fluctuations économiques sur le bien-être des ménages et des individus.

1.4. Les méthodes de mesure du pouvoir d'achat

Plusieurs méthodes sont utilisées pour évaluer cette notion, chacun ayant ses propres caractéristiques et implications.

1.4.1. Unités de consommation (UC)

L'INSEE utilise la méthode des unités de consommation pour mesurer le pouvoir d'achat. Cette méthode prend en compte la composition des ménages en ajustant les revenus disponibles par le nombre d'unités de consommation. Par exemple, un ménage de deux personnes est considéré comme ayant 1,5 unité de consommation, ce qui permet de mieux refléter les économies d'échelle réalisées dans les foyers. Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différentes, on divise le revenu par le nombre d'unités de consommation (UC). Celles-ci sont proportionnelles aux membres du ménage (1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres adultes et 0,3 UC pour les enfants). Cette échelle d'équivalence, utilisée aussi par l'OCDE, tient compte des économies d'échelle au sein du ménage (INSEE, 2025).

1.4.2. Indice des prix à la consommation (IPC)

L'Indice des Prix à la Consommation (IPC) est un indicateur essentiel qui évalue la variation moyenne des prix d'un panier fixe de biens et services consommés par les ménages. Son objectif est de mettre en lumière les fluctuations des prix payés par les consommateurs pour un ensemble de biens et services au fil du temps. Cet indice mesure l'évolution des prix d'un panier représentatif de la consommation des ménages, indiquant ainsi combien il faut dépenser en plus (ou en moins) pour acquérir le même panier qu'à une période antérieure. Il est important de noter que cet indicateur ne vise pas à mesurer la variation du « coût de la vie », mais plutôt à évaluer la variation moyenne des prix, ce qui permet d'analyser l'évolution du pouvoir d'achat des ménages (ONS, 2016).

1.4.3. Revenu disponible brut

Le pouvoir d'achat sera apprécié à travers le revenu disponible brut en dinars constant, en tenant compte les variations des prix.

1.4.4. Le PIB par habitant

Le produit intérieur brut (PIB) est un indicateur clé de la richesse générée sur le territoire d'une région. Il permet d'effectuer des comparaisons internationales concernant le niveau de vie des populations. Le PIB représente la somme des valeurs ajoutées produites à l'intérieur d'un territoire au cours d'une année. Il mesure ainsi le revenu résultant de cette production, ou encore le montant total dépensé pour les biens et services finaux, après déduction des importations. (OCDE , 2023). À cet égard, il est moins adapté aux comparaisons dans le temps, car les variations du PIB sont influencées non seulement par la croissance réelle, mais également par les fluctuations des prix et des parités de pouvoir d'achat (PPA) (INSEE, 2018). Une fois il est divisé par l'effectif de la population, on obtient le PIB par habitant. D'après le FMI, le PIB par habitant en 2024 en Algérie était de 5 690\$, contre 6 800\$ en Lybie, 4 400\$ au Maroc et 4 530\$ en Tunisie (FMI, 2025).

1.4.5. Revenu par habitant

Cet indicateur mesure le revenu total d'une région divisé par sa population. Il donne une idée générale sur le pouvoir d'achat moyen par personne, mais peut masquer des inégalités importantes au sein de la population. Cet indicateur est moins approprié pour les comparaisons dans le temps, car les variations qu'il présente sont dues non seulement à la croissance réelle, mais également aux fluctuations des prix et des parités de pouvoir d'achat (PPA) (OCDE , 2023). à ce titre, selon la BM, l'Algérie affiche en 2024 un RNB par habitant de 5320\$, contre 6310\$ en Libye, 3760\$ au Maroc et 3900\$ en Tunisie (BM, 2025).

1.4.6. Déflateur de la consommation finale des ménages

Un déflateur évalue les variations de prix dans un secteur de l'économie en divisant la valeur d'une grandeur par sa valeur en volume. Les déflateurs du PIB, de la dépense de consommation finale, et d'autres agrégats mesurent les fluctuations de prix dans leurs domaines respectifs. Ils sont utilisés pour ajuster ces agrégats afin de tenir compte des effets de l'inflation. En effet, ce déflateur peut ajuster le PIB en fonction des variations de prix des biens et services consommés par les ménages. Il est proche de l'IPC et permet d'évaluer le pouvoir d'achat en tenant compte des changements de prix (INSEE, 2025).

1.4.7. Limites de la mesure du pouvoir d'achat

La mesure du pouvoir d'achat comporte plusieurs limites, à savoir :

- **Une divergence entre mesure et ressenti** : il existe parfois un décalage entre le pouvoir d'achat mesuré par des indicateurs statistiques et celui ressenti par les ménages. Cela

peut être dû à des différences dans les habitudes de consommation ou à des variations régionales (Banque de France, 2020).

- **Le choix du panier de biens** : le choix des biens et services inclus dans le calcul de l'IPC peut influencer les résultats. Les changements dans les comportements d'achat des ménages, notamment en réponse à l'innovation ou à la qualité des produits, peuvent également affecter la pertinence de l'indice. À titre d'exemple, le panier utilisé par l'INSEE a été actualisé chaque année pour rester représentatif de la consommation des ménages (INSEE, 2025).
- **L'impact de l'inflation** : l'inflation peut éroder le pouvoir d'achat, rendant difficile la comparaison des niveaux de vie au fil du temps. Les périodes d'inflation élevée peuvent fausser la perception du pouvoir d'achat, même si les indicateurs montrent une augmentation des revenus. L'Insee y a adjoint, à la fin des années 2000, la notion de « pouvoir d'achat arbitrage », qui correspond au revenu disponible brut amputé des dépenses de consommation contraintes (La documentation française, 2025).
- **L'hétérogénéité des ménages** : elle se réfère aux différences significatives entre les ménages en termes de revenus, de richesse, de composition familiale et de dépenses. Cette diversité a des implications importantes pour la mesure et la perception du pouvoir d'achat. Par exemple, les dépenses contraintes, en France en 2000 représentaient une part dans le budget, plus importante chez les ménages pauvres (41 %) qu'au sein de la moyenne nationale (32 %), une inégalité maintenue malgré les efforts de soutien au pouvoir d'achat. En effet, en 2017, la part des dépenses contraintes représentait moins de 20% pour les plus riches, contre 31,5% de celles des plus pauvres (Observatoire Des Inégalités, 2024). Une hétérogénéité qui explique des perceptions différentes de l'évolution du pouvoir d'achat (La documentation française, 2025).

La mesure du pouvoir d'achat est un processus complexe qui nécessite une compréhension approfondie des revenus, des prix et des comportements de consommation. Les indicateurs tels que l'IPC et le revenu disponible brut, ainsi que la méthode des unités de consommation, sont essentiels pour évaluer cette notion. Cependant, il est crucial de reconnaître les limites de ces mesures et de prendre en compte les perceptions individuelles pour obtenir une image complète du pouvoir d'achat dans la société. Ce qui est essentiel pour comprendre la capacité des ménages à acquérir des biens et des services. Plusieurs indicateurs et méthodes sont utilisés pour évaluer cette notion, chacun ayant ses propres caractéristiques et implications. Ces indicateurs, chacun avec ses spécificités, permettent

d'évaluer le pouvoir d'achat des ménages de manière plus ou moins précise. L'utilisation combinée de ces mesures peut offrir une vue d'ensemble plus complète de la capacité d'achat des individus et des ménages dans un contexte économique donné.

Cette section a permis de dresser un cadre conceptuel approfondi du pouvoir d'achat, soulignant son rôle prépondérant en tant qu'indicateur économique et social. Nous avons vu que, bien plus qu'une simple capacité d'acquisition, il est une mesure dynamique influencée par l'interaction complexe entre les niveaux de revenus et les variations de prix. Ses déterminants sont multiples, allant des politiques fiscales et sociales aux conditions économiques globales, sans oublier les disparités géographiques et les inégalités de revenus. Les théories économiques, de la théorie quantitative de la monnaie à la parité de pouvoir d'achat, en passant par les perspectives micros et macroéconomiques, offrent des grilles de lecture essentielles pour comprendre ses mécanismes. Par ailleurs, la diversité des méthodes de mesure – des unités de consommation au PIB par habitant – reflète la complexité de sa quantification, souvent sujette à un décalage entre la mesure statistique et le ressenti des ménages. En définitive, une compréhension rigoureuse du pouvoir d'achat est indispensable non seulement pour évaluer le bien-être des individus, mais aussi pour éclairer les décisions de politiques publiques visant à améliorer la qualité de vie et la stabilité économique.

Section 02 : L'accessibilité financière aux soins : défis, inégalités et politiques publique

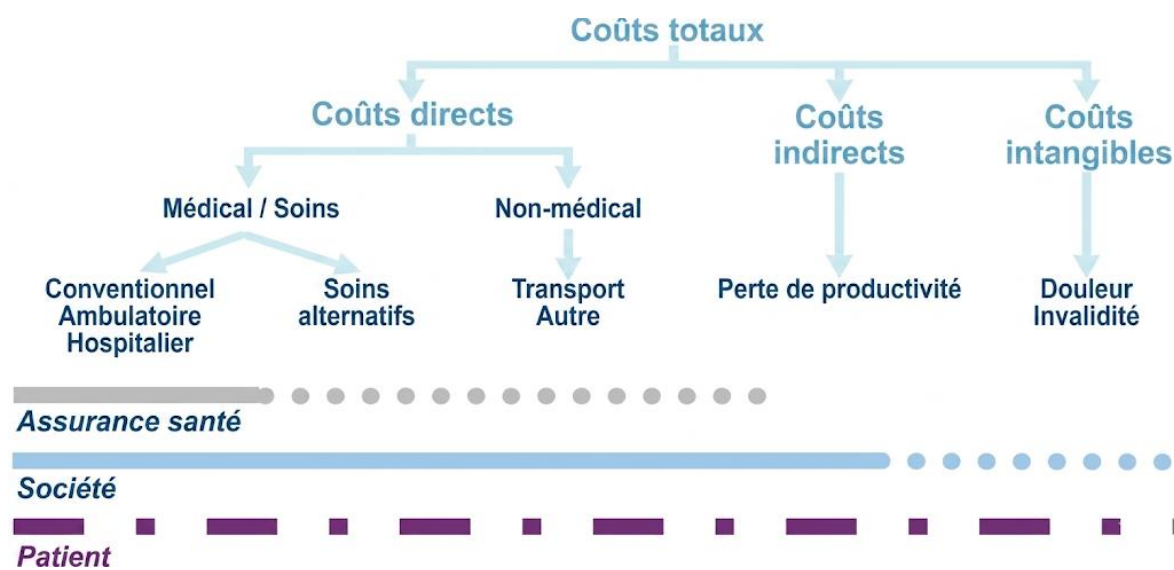
L'accessibilité aux soins de santé est un enjeu majeur qui touche des millions de personnes à travers le monde. Elle renvoie à la capacité pour chaque individu d'accéder aux soins de santé nécessaires, au moment opportun et dans des conditions adéquates (Rebouha, 2007). Ce concept englobe plusieurs dimensions essentielles, notamment l'accessibilité financière, physique et l'acceptabilité des soins. Alors que des progrès significatifs ont été réalisés dans certains pays pour garantir un accès équitable aux services de santé, de nombreux défis persistent, exacerbés par des inégalités économiques, géographiques et sociales. Dans de nombreux pays, des obstacles significatifs entravent l'accès aux soins, tels que des coûts prohibitifs, une répartition inégale des professionnels de santé ou des infrastructures médicales insuffisantes. Ces défis sont particulièrement prononcés dans les

zones rurales et les communautés défavorisées, où les services de santé peuvent être rares ou inexistant. Les conséquences de cette inaccessibilité sont graves, allant de diagnostics tardifs à une aggravation des maladies chroniques, et peuvent même mener à des situations de renoncement aux soins. L'accessibilité financière aux soins désigne la capacité des individus à payer les services de santé sans subir de difficultés économiques. Malgré les engagements internationaux pour la couverture universelle (ODD 3), des milliards de personnes renoncent aux soins pour des raisons financières. Cette section se penche sur les multiples dimensions de l'accessibilité financière, elle explore les déterminants qui influencent la capacité des individus à obtenir les soins nécessaires sans subir de contraintes économiques. En examinant les coûts directs, indirects et intangibles des soins, ainsi que les systèmes d'assurance et de couverture sociale, nous mettrons en lumière les obstacles qui entravent l'accès aux soins, en particulier pour les populations vulnérables. À travers cette analyse, nous visons à comprendre les implications socio-sanitaires de l'inaccessibilité financière et à identifier des solutions politiques pour améliorer la situation.

1.1. Déterminants de l'accessibilité financière aux soins

L'accessibilité financière aux soins de santé est influencée par plusieurs déterminants clés qui peuvent affecter la capacité des individus à obtenir les soins nécessaires sans subir de contraintes financières excessives. Ces déterminants font référence aux coûts directs, indirects et au système d'assurance et de couverture sociale.

Figure n°1 : Typologie des coûts des soins



Source: (Fautrel, et al., 2020)

En plus des coûts directs et indirects des soins, on trouve aussi les coûts intangibles. Ces derniers, renvoient aux coûts de la souffrance des patients suite à la dégradation de leur qualité de vie et les dépenses engagées pour rétablir un confort perdu ou pour maîtriser le stress causé.

2. 1.1. Coûts directs des soins

Les coûts directs des soins de santé se réfèrent aux dépenses immédiatement associées à la prise en charge médicale d'un patient. Ces coûts incluent une variété de services et de traitements qui sont facturés directement aux patients ou à leurs assureurs. Ils incluent les frais associés aux traitements, aux services médicaux et aux produits nécessaires pour répondre aux besoins de santé immédiats. Les coûts directs des soins incluent (Finlayson, Ekuma, Yogendran, Burland, & Forget, 2025) :

- **Les frais de consultation médicale** : Les honoraires des médecins généralistes et spécialistes, et les visites de suivi et consultations externes.
- **Les frais d'hospitalisation** : Les frais de séjour, les soins intensifs, les soins chirurgicaux et les visites aux urgences (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2025).
- **Les frais de médicaments** : Les médicaments prescrits (couverts ou non par l'assurance), les médicaments en vente libre recommandés par les professionnels de santé, les compléments alimentaires et les produits paramédicaux.
- **Les tests de diagnostic** : Comme les analyses de laboratoire (sanguines, génétiques, etc.) et les actes d'imagerie médicale (IRM, radiographies, scanners, etc.).
- **Les équipements médicaux** : Le matériel durable (fauteuils roulants, lits médicaux, réservoirs d'oxygène) et les fournitures médicales consommables (bandages, seringues, cathéters).
- **Les thérapies et réhabilitations** : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, et autres services de réhabilitation.

L'estimation des coûts directs des soins est cruciale dans la définition d'une politique de santé transparente et équitable. Ces coûts permettent de mieux comprendre les dépenses liées aux soins, facilitant ainsi la gestion financière pour les patients et les systèmes de santé. Dans ce sens, l'identification de ces coûts aide les patients à anticiper leurs dépenses et à prendre des décisions éclairées concernant leur traitement. A titre illustratif, en 2018, au Canada, les coûts directs des blessures hospitalisées étaient estimés à 6,4 milliards de dollars,

incluant les frais hospitaliers, médicaux et de réadaptation (Parachute , 2025). En France, en 2020, le coût direct pour le système de soins du cancer était de 21 milliards d'euros, et celui des maladies cardiovasculaires de 18 milliards. Tandis que celui des maladies mentales a atteint les 23 milliards d'euros (Durand-Zaleski, 2023).

2.1.2. Coûts indirects des soins

Les coûts indirects de soins représentent les dépenses économiques et sociales générées par une maladie ou une blessure en dehors des frais médicaux directs. Ces coûts, souvent sous-estimés, englobent les pertes de productivité, les conséquences sociales et les impacts intangibles (Fautrel, et al., 2020). Contrairement aux coûts directs, ils ne sont pas directement attribuables aux soins médicaux. Les coûts indirects se distinguent en :

- **Pertes de productivité** : elles renvoient à la réduction de la performance et de l'efficacité au travail. À travers l'absentéisme (absence au travail due à la maladie ou aux rendez-vous médicaux), le présentéisme (baisse de performance au travail), l'invalidité, les décès prématurés, le remplacement des travailleurs absents, entraînant des coûts supplémentaires pour les employeurs, et la réduction de l'espérance de vie (Boccuzzi, 2003). Dans ce sens, les maladies psychiatriques en France, par exemple, entraînent des pertes annuelles de 140 milliards d'euros, principalement liées à l'incapacité de travail (Durand-Zaleski, 2023).
- **Frais non médicaux** : frais de transport (notamment en cas de faible densité médicale), aménagements du domicile, ou recours à des aidants informels. Dans les accidents du travail, ces coûts incluent aussi la réparation d'équipements endommagés et les retards de production. À titre indicatif, en France, les coûts indirects peuvent même être 3 à 5 fois supérieurs aux coûts directs, sachant qu'en moyenne le coût direct d'un accident du travail est d'environ 4 800 € (Medisafe, 2025).
- **Fardeau des aidants** : Les proches assurant un soutien informel supportent des pertes de revenus pour s'occuper du patient et/ou des frais supplémentaires pour assurer la garde d'enfants ou de personnes âgées pendant les soins. Ces aidants perdent en moyenne 30 % de leur temps productif (Durand-Zaleski, 2023).
- **Présentéisme** : il coûte jusqu'à 3 fois plus que l'absentéisme en raison de la baisse de productivité et des erreurs accrues occasionnées.
- **Inégalités** : Les populations actives (20-60 ans) et les aidants familiaux sont les plus affectés, que les populations inactives, par les coûts indirects et intangibles, avec des

disparités selon les secteurs d'activité.

Les coûts indirects des soins révèlent l'impact sociétal caché des maladies, souvent supérieur aux dépenses médicales directes (Gabriel, Drummond, Suarez-Almazor, & al, 2001). En effet, dans les zones rurales du Congo, par exemple, l'éloignement des centres de soins double le fardeau financier pour les malades qui renoncent parfois aux soins.

2.1.3. Coûts intangibles de soins

Les coûts intangibles des soins représentent les conséquences non monétaires et non matérielles d'une maladie ou d'un traitement, souvent qualifiés de "fardeau invisible". Difficiles à quantifier mais profondément ressentis, ils englobent des dimensions psychologiques, sociales et existentielles. Entre souffrance psychologique, stigmatisation ou réduction de la qualité de vie, ces coûts sont jugés difficiles à quantifier mais significatifs (Fautrel, et al., 2020). Plusieurs coûts intangibles ressortent de :

- **La souffrance physique** : exprimée à travers les douleurs chroniques, les effets secondaires des traitements (nausées, fatigue extrême), etc.
- **L'impact psychologique** : développement de pathologies comme anxiété, dépression, peur de la récurrence et sentiment d'impuissance. En France, 68 % des patients atteints de cancer rapportent une dégradation significative de leur bien-être psychique, indépendamment des coûts financiers (Poupard, 2024).
- **Une vie sociale altérée** : par des comportements extrêmes comme l'isolement, la stigmatisation (ex. : maladies mentales) et les difficultés relationnelles. Ceci est accentué par le phénomène de l'épuisement émotionnel développé par les aidants. Un proche aidant sur deux développe de l'épuisement émotionnel, avec un risque accru de dépression (Association Je t'Aide, 2025).
- **La perte d'autonomie** : le refus et le mal vécu de la dépendance pour les tâches quotidiennes (habillage, alimentation) (Lassagne, Perriard, Rozan, & Trontin, 2012).
- **L'altération de l'identité** : modification de l'image corporelle (après mastectomie), deuil des projets de vie et perte de projections futures. À titre d'exemple, les patients souffrant de dépression sévère en France, expriment un sentiment de nullité et une incapacité à éprouver de la joie et 63 % d'entre eux perdent tout projet d'avenir (DREES, 2022).

Les coûts intangibles sont le visage humain caché de l'économie de la santé : leur reconnaissance est un marqueur de société solidaire. Malgré les défis de mesure, leur intégration dans les politiques publiques est cruciale pour une cohésion sociale.

2.2 Systèmes de couverture sociale

Les systèmes de couverture sociale (Jusot & et al, 2012) ont un rôle capital dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins, à travers la prise en charge partielle ou totale des dépenses de soins. Selon le degré de couverture, plusieurs modèles existent.

2.2.1. Universalisme bismarckien réformé : Le modèle français

Le système de sécurité sociale Bismarckien est financé par des cotisations d'assurance versées conjointement par les employeurs et les salariés. Les patients qui cotisent à ces régimes ont accès à des « caisses maladie » qui servent à payer les soins de santé. La France est l'un des pays ayant appliqué ce modèle. Issu de l'ordonnance de 1945, combinant une assurance maladie obligatoire (gérée par la Sécurité Sociale) et des complémentaires privées (Ordonnance n° 45-2250, 1945). Depuis 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMA) garantit une couverture continue basée sur le critère de résidence stable, et non plus sur l'activité professionnelle (Direction de l'information légale et administrative, 2024). 76,8% des dépenses de santé sont couvertes par l'assurance obligatoire, un taux porté à près de 95% avec les complémentaires, laissant un reste à charge moyen de 8% en France contre 20% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Ce niveau de couverture est atteint, grâce à la Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU-C), dont bénéficié près de 5 millions de personnes (Sécurité sociale., 2025).

2.2.2. Le système américain : fragmentation et inégalités

Le système de sécurité sociale aux États-Unis, principalement incarné par le programme fédéral Old-Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI), est un pilier de la protection sociale depuis le Social Security Act de 1935 (CLEISS, 2023). Contrairement au modèle universel français, il repose sur une combinaison :

- De programmes publics à travers le «Medicare» couvrant les personnes âgées et le «Medicaid» destiné à la couverture des personnes à faibles revenus, ces deux programmes couvrent environ 40% de la population (Damon, 2025).
- D'assurances privées avec 56% de la population couverte via l'employeur, avec des coûts moyens de 17 500\$/an pour une famille (Perrignon, 2025),

- De dispositif étatique : l'Obamacare (ACA) instaure des mandats individuels et employeurs, avec quatre niveaux de couverture (Bronze à Platine). Depuis 2019, la pénalité fédérale pour non-assurance est supprimée, mais certains États (la Californie, le District de Columbia, le Massachusetts, le New Jersey, la Rhode Island, et le Vermont) l'ont rétablie.

Cette panoplie de programmes crée un paysage fragmenté et inégalitaire. Le système américain, bien que performant technologiquement, souffre d'un manque de solidarité et de régulation. Malgré des réformes comme l'Obamacare, il reste marqué par des inégalités d'accès, des coûts prohibitifs et une fragmentation institutionnelle. Les propositions historiques à l'égard de "Medicare for All" butent sur des oppositions politiques, perpétuant un modèle où la santé demeure une marchandise plus qu'un droit.

2.2.3. Le modèle Beveridge: The National Health Service au Royaume uni

Dans ce système, les soins de santé sont financés par des prélèvements directs sur le revenu. Créé par Beveridge en Grande Bretagne en 1941, il avait comme objectif de couvrir la plus grande partie de la population contre les risques sociaux. La majorité des hôpitaux sont détenus et gérés par l'État. La plupart du personnel soignant, y compris les médecins et les infirmiers, est employé par l'État (Merouani, Hammouda, & El Moudden, 2014). L'un des principaux avantages du modèle Beveridge est la gratuité des services de santé garantissant leur accès à tous les citoyens. L'État finance tous les services de santé à l'avance grâce à des déductions fiscales. De plus, la structure à payeur unique de ce système permet de maintenir les coûts à un niveau bas, l'État étant le seul acheteur. Toutefois, ce système entraîne de longues listes d'attente en plus des contraintes de solidarité entre les générations dans les pays à population vieillissante (World Economic Forum, 2020).

2.2.4. Le système national d'assurance maladie: Le modèle canadien.

Ce modèle reprend des éléments des modèles Beveridge et Bismarck afin de trouver un équilibre entre les soins de santé publics et privés. Le système canadien de sécurité sociale incarne un système de santé hybride, combinant des principes beveridgiens (financement public universel) avec une décentralisation administrative poussée. Ce modèle, régi par la loi canadienne sur la santé (1984), repose sur cinq principes fondateurs: portabilité, administration publique, universalité, accessibilité et intégralité (L.R.C.1985, Ch.C-6, 2025). Composé de 13 régimes provinciaux, les soins primaires sont gratuits à l'utilisation, mais les médicaments, soins dentaires ou optiques nécessitent des

complémentaires privées. Bien que financés à 70% par des fonds publics, plus de 80% des médecins exercent en cabinets privés, rémunérés à l'acte via des barèmes négociés provincialement (Marchildon & R.QUAH, 2016). Les hôpitaux sont majoritairement gérés par des organismes à but non lucratif ou des Autorités Régionales de Santé ARS, mais les cliniques spécialisées (ex. : imagerie) peuvent être commerciales. Bien que ce système assure une meilleure couverture au Canada, les transferts fédéraux sont passés de 50% des coûts dans les années 1970, à 22% en 2023, forçant les provinces à réduire les lits d'hôpitaux (-20% depuis 1995) malgré une population vieillissante. Ce qui se répercute sur les délais d'attente (presque 21 semaines pour les interventions chirurgicales non urgentes) et crée des inégalités interprovinciales (les provinces riches dépensent 15% de plus/habitant que les provinces maritimes) (Armstrong & Armstrong, 1999).

2.2.5. The Out-of-Pocket Model (paiement direct)

Répandu dans les pays à faible revenu (Afrique subsaharienne, Amérique latine, etc.), ce modèle suppose l'inexistence de système de santé universel ou d'infrastructures de santé solides financées par le gouvernement. En effet, les services de santé ne sont pas toujours disponibles et, même lorsqu'ils le sont, ils restent hors de portée de nombreuses personnes. Les individus paient directement les services de santé au moment de leur utilisation. Les pauvres renoncent aux soins ou se voient souvent refuser l'accès aux soins, témoignant ainsi d'une extrême inégalité d'accès aux soins (Robert & Ridde, 2012). Ce modèle est souvent critiqué pour ses inégalités et son manque d'accès universel aux soins de santé, car il affecte de manière disproportionnée les populations pauvres et vulnérables

2.3. Accessibilité aux soins : Entre progrès et défis persistants

L'accès aux soins reste un enjeu majeur de santé publique en 2025, marqué par des avancées prometteuses mais freiné par des inégalités persistantes.

2.3.1. Barrières financières et renoncement aux soins

Un rapport de 2017 de l'OMS et de la BM concluait que la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux soins de santé essentiels. Cent millions de personnes supplémentaires étaient plongées dans l'extrême pauvreté en raison du coût des soins de santé (WHO, 2017). Ces barrières existent dans tous les pays, proportionnellement au pouvoir d'achat et aux degrés de couverture sociale. En France par exemple, 25% de la population renonce à des soins, dont 57% pour des raisons financières; malgré le tiers payant généralisé (obligatoire pour les Affections de Longues Durées) qui vise à réduire l'avance des frais.

Alors qu'aux États-Unis, 100 millions de personnes subissent des dépenses de santé «catastrophiques» (dépassant 40% du budget ménage), avec des franchises annuelles moyennes atteignent 1 500\$ en 2023 (who, 2025). Dans ce sens, en 2024, l'OMS estime jusqu'à 20 % des ménages européens confrontés à des dépenses de santé catastrophiques principalement dues à des paiements directs pour des médicaments, ce qui les empêche de satisfaire d'autres besoins fondamentaux tels que l'alimentation, le logement et le chauffage. Données recueillies par l'OMS à travers la nouvelle plateforme numérique UHC Watch.

2.3.2. Inégalités géographiques et démographiques

En plus des barrières financières, l'inégale répartition des professionnels de santé crée des déserts médicaux. Un problème qui augmente davantage les dépenses de santé directes via les dépenses de déplacement, ce qui réduit considérablement l'accessibilité financière aux soins. En effet, en France par exemple, la densité médicale varie de 50 médecins/100 000 hab. (Seine-Saint-Denis) à 119 (Alpes-Maritimes) (Conseil National de l'Ordre, 2025) en 2024. Le même constat en Algérie, où l'on enregistre 58 médecins pour 100 000 habitants dans la région sanitaire Sud-Ouest, contre 86 médecins pour 100 000 habitants dans la région sanitaire centre (Alger et environs au nord) (MSPRH , 2019). Les inégalités persistent non seulement géographiquement, mais aussi démographiquement. En effet, aux États-Unis les travailleurs indépendants ne sont pas couverts contre le chômage ni contre les accidents du travail. Par ailleurs au Canada, les autochtones bénéficient de services fédéraux spécifiques, souvent insuffisants vu les résultats obtenus : 55% des adultes des premières nations dans les réserves jugent la qualité des services de santé offerts dans leurs collectivités comme « bons » (Gouvernement du Canada, 2024).

2.3.3. Innovations pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

D'après l'OMS, la couverture sanitaire universelle signifie la capacité d'accéder aux services de santé au besoin par le malade, où et quand il en a besoin, exemption faite des difficultés financières pour bénéficier des services de santé essentiels (la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs). Plusieurs pays ont initié des programmes afin d'élargir la couverture sanitaire aux personnes vulnérables. En France, à partir du 1er janvier 2021, le programme «100% Santé » prend en charge, pour tous les Français, bénéficiant d'une complémentaire santé, les soins et les équipements en audiologie, optique et dentaire. Un programme initié pour améliorer l'accessibilité à ces soins en réduisant leur reste à charge. En outre, aux États-Unis, l'Affordable Care Act

(ACA) ou réforme "ObamaCare" a étendu la «Medicaid» depuis janvier 2019 aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté américain (assurance médicale aux plus démunis -cf. II.B) adoptée par 51 Etats et le District de Columbia (CLEISS, 2023).

Selon les recommandations de l'OMS, il faut privilégier les soins de santé primaires, capables de couvrir 90% des besoins essentiels à moindre coût. À ce sujet, des modèles comme les équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) réduisent de 30% les coûts d'urgence en Colombie-Britannique, pourront sauver 60 millions de vies et augmenter l'espérance de vie moyenne mondiale de 3,7 ans d'ici à 2030 (who, 2025). Ils remplaçaient les cotisations sociales par l'impôt dans les pays à faible revenu, afin d'inclure les travailleurs informels. En outre, l'OMS a créé un département santé numérique pour évaluer et réguler les technologies émergentes (IA, télémédecine) (OMS, 2025). Ces outils optimisent la prévention, le diagnostic et le suivi des patients, notamment dans les zones isolées. À ce sujet, pour améliorer l'accessibilité aux soins, la télémédecine, déployée massivement pendant la COVID, se montre comme une alternative durable. En France, par exemple, les téléconsultations sont passées de 400 000 en 2019 à 11,6 millions en 2024 (soit 2% des actes médicaux), avec 95,4% de patients satisfaits. La télémédecine a été officiellement reconnue et remboursée par l'Assurance Maladie depuis septembre 2018, grâce à l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale, qui définit et autorise les sociétés de téléconsultation (Assurance Maladie, 2025). Toutefois, cette solution reste sous-utilisée dans les zones rurales par manque de connectivité.

2.4. Les populations vulnérables à l'inaccessibilité financière aux soins

Les populations les plus sensibles à l'inaccessibilité aux soins sont les personnes à faibles revenus, et/ou ceux atteints de maladies chroniques, nécessitant des soins longs et coûteux, accompagnées d'une couverture sociale insuffisante. En outre, sont aussi classées vulnérables, les personnes vivant dans des zones post-conflit et/ou rurales marquées par une faible couverture sanitaire.

2.4.1. Populations à faibles revenus

Les personnes pauvres sont les premiers exclus du système de soins, notamment en absence de soins de santé de base gratuit et de couverture sociale efficace. En 2025, le monde compte environ 700 millions de personnes vivant dans l'extrême pauvreté. Plus de 4 milliards de personnes n'ont aucune protection sociale en 2021 (OIT, 2021). L'accessibilité aux soins pour les populations à faible revenu reste un défi majeur. Selon l'OMS et la BM,

plus de la moitié de la population mondiale, soit 4,5 milliards de personnes, n'a toujours pas accès à des services de santé essentiels; et près de 2 milliards sont confrontés à des difficultés financières en 2023 (BM, 2021), dont 1 milliard supportent des dépenses de santé catastrophiques dépassant 40% de leur revenu et 344 millions tombent dans l'extrême pauvreté en raison des coûts de santé. En France par exemple, les 10 % les plus pauvres consacrent 10,7 % de leur revenu disponible à l'assurance santé, contre 3,3 % pour les plus aisés (Jusot & et al, 2012). En effet, 30 % des Français modestes reportent des consultations pour des raisons financières (Penneau & Or, 2023).

2.4.2. Personnes âgées et malades chroniques

Les personnes âgées et les malades chroniques représentent deux groupes particulièrement vulnérables face aux défis d'accessibilité financière aux soins. Ces populations sont confrontées à des obstacles spécifiques, notamment des coûts élevés, des besoins complexes en soins de santé, et des barrières géographiques ou sociales. Ces défis sont exacerbés par des facteurs tels que la pauvreté, la dépendance accrue aux systèmes de santé, et le manque de services adaptés. Les malades chroniques nécessitent des soins continus, mais les infrastructures pour les soins de longue durée sont insuffisantes dans de nombreux pays. Les patients atteints de maladies neurodégénératives (Alzheimer) subissent des dépenses hospitalières accrues dans les territoires sous-dotés en services médico-sociaux (Boetzelaer & & all, 2025). Les malades chroniques doivent souvent gérer des coûts récurrents pour les médicaments, les consultations spécialisées et les équipements médicaux. Cela peut entraîner un cycle de pauvreté et de mauvaise santé. En Chine, par exemple, les personnes âgées vivant dans des zones rurales ont des taux plus élevés de mortalité et de handicap en raison de l'accès limité aux soins (McMaughan & & all, 2020).

2.4.3. Zones post-conflit et rurales

L'accessibilité financière aux soins de santé dans les zones rurales et les régions sortantes d'un conflit, représente un défi majeur à l'échelle mondiale. Ces zones caractérisées par une convergence de vulnérabilités structurelles. Dans les zones post-conflit, la destruction des infrastructures, l'effondrement économique et les déplacements massifs de population anéantissent la capacité des individus à financer leurs soins (Cattaruzza & Dorier, 2015). Les conflits armés entraînent systématiquement la destruction des infrastructures sanitaires et la fuite du personnel qualifié, laissant les structures de santé exsangues. La période post-conflit est caractérisée par la lenteur de la reconstruction. La guerre dévaste les

économies locales, plongeant des millions de personnes dans l'extrême pauvreté et l'insécurité alimentaire (Vaccineswork, 2024). La plupart des personnes pauvres se trouvent en Afrique subsaharienne, au Moyen Orient et en Asie, et leur pauvreté est exacerbée par les conflits et les crises économiques (who, 2021). D'ici 2030, d'après la BM, ces pays abriteront 59 % de la population mondiale en situation d'extrême pauvreté (Banque Mondiale, 2025). Parallèlement, les zones rurales, même en temps de paix, sont confrontées à des obstacles significatifs tels que l'isolement géographique, la pénurie de professionnels de santé et des revenus souvent plus faibles, qui se traduisent par des coûts indirects élevés et un accès limité aux services (Bontron, 2013). L'un des principaux obstacles financiers en milieu rural n'est pas toujours le coût direct de la consultation, mais les coûts indirects liés au déplacement. Les longues distances pour atteindre un établissement de santé, le manque de transports en commun et le coût du carburant représentent une charge financière considérable (OMS, 2010).

En France, par exemple, les habitants des zones rurales consomment 20 % de soins hospitaliers en moins que les urbains, un écart qui s'explique en partie par ces difficultés d'accès, un taux porté jusqu'à 30% on tenant compte ses séances vitales comme la dialyse et la chimiothérapie (Blanchard, 2023). L'accès aux médecins généralistes lui aussi s'est dégradé dans les Pays de la Loire, avec 3,7 consultations par habitant en 2021, un taux inférieur à la moyenne nationale. Cette rareté de l'offre limite non seulement le choix des patients mais peut aussi entraîner des délais d'attente plus longs et une moindre fréquence des soins spécialisés. Le même constat est relevé au Canada où les habitants des zones rurales attendent 2 semaines de plus pour une consultation, et parcourent entre 30 à 35 km de plus que les Canadiens urbains pour se rendre à la structure de soins la plus proche (CMA , 2025). Au Congo, les régions rurales du Pool Nord-Ouest souffrent aussi d'une fragmentation des systèmes de santé et de paiements informels, excluant les plus pauvres (Dorier, Lalou, Mazurek, & Morand, 2012).

2.5. Conséquences des barrières financières aux soins

L'inaccessibilité financière aux soins crée particulièrement des inégalités sociales. Plusieurs initiatives sont mises en place pour améliorer l'accès aux soins. L'objectif étant de garantir que chaque individu, indépendamment de sa situation socio-économique, puisse bénéficier d'un accès équitable à des soins de qualité. Les barrières financières à l'accès aux soins ont des impacts significatifs sur la santé des individus, les inégalités sociales et

économiques, ainsi que sur les systèmes de santé. Ces obstacles, qui incluent les coûts directs et indirects des soins, touchent particulièrement les populations vulnérables. Deux types de conséquences existent (OCDE , 2023): sur l'état de santé des individus et socio-économiques.

2.5.1. Conséquences sur l'état de santé des individus

- **Renoncement aux soins** : à titre indicatif, environ 8,1 % des Français renoncent aux soins pour des raisons financières. Or 15,5 % d'entre eux sont des personnes à faibles revenus et 17,5 % des chômeurs. Ce renoncement concerne principalement les soins dentaires, l'optique et les consultations spécialisées, entraînant une aggravation des pathologies et des complications évitables (OCDE , 2023).
- **Détérioration de l'état de santé** : l'absence de soins préventifs ou de suivi médical peut entraîner une augmentation des maladies chroniques et des complications graves nécessitant des soins plus lourds et coûteux. En outre, les conditions de vie précaires, comme les logements insalubres ou une alimentation déséquilibrée, aggravent les risques d'infections et de troubles de santé (Sallnow & et al, 2022).
- **Souffrance psychologique** : les barrières financières créent un stress important chez les individus, lié à l'incapacité de se soigner ou de soigner leurs proches. Ce stress peut exacerber des troubles mentaux existants ou en déclencher de nouveaux (American Psychological Association, 2025).

2.5.2. Conséquences socio-économiques

- **Appauvrissement des ménages** : Les dépenses de santé non couvertes peuvent entraîner un appauvrissement des ménages, en particulier ceux à faible revenu. Cela crée un cercle vicieux où la pauvreté limite l'accès aux soins, et les problèmes de santé aggravent la pauvreté. À ce titre, les dépenses catastrophiques (plus de 40% du revenu d'un ménage) touchent surtout les ménages les plus pauvres. 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté chaque année à cause des dépenses de santé (OMS).
- **Exacerbation des inégalités sociales** : les populations vulnérables (les personnes âgées ou les habitants des zones rurales) sont les plus touchées par les barrières financières. Cela aggrave les écarts en matière d'espérance de vie et de qualité de vie entre les groupes sociaux. En France, par exemple, les départements peu dotés en services médico-sociaux enregistrent des dépenses d'hospitalisation 20 % plus élevées.
- **Impact sur la productivité économique** : les problèmes de santé non traités réduisent

la capacité des individus à travailler, entraînant une perte de productivité et une augmentation des coûts pour les systèmes de sécurité sociale.

2.5.3. Conséquences pour les systèmes de santé; à travers

- **L'augmentation des coûts à long terme** : Le renoncement aux soins préventifs ou précoces entraîne une augmentation des coûts pour les systèmes de santé, voire une surmortalité évitable, car les maladies non traitées nécessitent des interventions plus complexes et coûteuses à un stade avancé. Par exemple, une hypertension non traitée peut évoluer vers des complications graves comme un AVC, nécessitant une hospitalisation prolongée (OCDE , 2023).
- **La surcharge des services d'urgence** : les personnes qui ne peuvent pas se permettre des soins réguliers se tournent souvent vers les services d'urgence pour des problèmes qui auraient pu être évités ou traités plus tôt. Cela surcharge les hôpitaux et réduit leur capacité à répondre aux urgences réelles.
- **La perte de confiance dans le système de santé** : les barrières financières peuvent réduire la confiance des populations dans les systèmes de santé, en particulier si elles perçoivent ces systèmes comme inaccessibles ou injustes. Cela peut entraîner une diminution de l'utilisation des services de santé, même s'ils sont disponibles.

Les barrières financières aux soins ont des conséquences graves et systémiques, affectant la santé des individus, la stabilité économique des ménages et l'efficacité des systèmes de santé. Pour réduire ces impacts, il est essentiel de mettre en place des stratégies de financement innovantes pour améliorer l'accessibilité financière aux soins.

En conclusion, l'accessibilité financière aux soins de santé demeure un défi majeur qui nécessite une attention soutenue de la part des décideurs politiques et des acteurs de santé. Les inégalités persistantes, tant sur le plan économique que géographique, soulignent l'urgence d'adopter des politiques publiques inclusives et efficaces. Les mécanismes de couverture sociale doivent être renforcés pour garantir que chaque individu, indépendamment de sa situation financière, puisse accéder aux soins nécessaires. De plus, l'intégration des coûts intangibles et indirects dans les analyses économiques et les décisions politiques est essentielle pour une approche holistique de la santé. En favorisant des solutions innovantes et durables, en mobilisant les ressources nécessaires, il est possible de réduire les

barrières financières et d'améliorer l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables, contribuant ainsi à une société plus équitable et solidaire.

Section 03 : Théories économiques sur la santé et l'équité : quelles stratégies pour améliorer l'accessibilité financière aux soins?

L'accessibilité financière aux soins de santé est un enjeu majeur dans la quête d'équité et d'efficacité des systèmes de santé. Malgré les avancées technologiques et les efforts politiques, de nombreuses populations continuent de renoncer à des traitements essentiels en raison de leur coût élevé, ce qui aggrave les inégalités sociales et sanitaires. Les théories économiques offrent des outils précieux pour analyser ces disparités et proposer des solutions adaptées. Elles permettent également de concevoir des stratégies innovantes, comme la réduction des frais à la charge des patients, l'élargissement de la couverture par l'assurance maladie, ou encore l'intégration de politiques de financement durable. Dans cette section, nous explorerons les théories économiques pertinentes, qui permettent de mieux comprendre les dynamiques qui influencent l'accès aux soins. Nous examinerons également les stratégies de financement innovantes qui peuvent contribuer à améliorer l'accessibilité financière, en mettant l'accent sur l'importance d'une approche pluridisciplinaire. En intégrant des perspectives économiques, sociales et politiques, cette analyse vise à éclairer les leviers nécessaires pour garantir un accès équitable aux soins de santé, tout en préservant la viabilité économique des systèmes de santé.

3.1. Théories économiques sur la santé

Plusieurs théories économiques s'appliquant à la santé permettent d'analyser les comportements des individus, des prestataires de soins et des gouvernements, tout en éclairant les choix en matière d'allocation des ressources et de régulation des systèmes de santé.

3.1.1. La théorie néoclassique

Fondée par les économistes marginalistes à la fin du XIX^e siècle (1870), cette pensée repose sur le principe central de la disposition des marchés de mécanismes autorégulateurs qui, en l'absence d'intervention extérieure, conduisent à l'optimum économique; où l'État n'a qu'un rôle mineur à jouer dans le domaine économique (Chambaretaud & Hartmann, 2004). La théorie néoclassique repose sur des hypothèses de rationalité des individus, de

maximisation de l'utilité, et d'équilibre entre l'offre et la demande. Elle applique les principes de l'économie de marché à la santé, en considérant les soins comme un bien marchand où l'offre et la demande s'équilibrent par les prix (Bénicourt & Guerrien, 2008). L'individu de la théorie néoclassique cherche à maximiser son bien-être tout en ayant des ressources limitées. Toutefois, cette théorie présente une principale limite quant à la concurrence (Arrow & Debreu, 1954). En effet, la santé présente des spécificités (asymétries d'information, aléa moral) qui empêchent une concurrence pure et les patients ne détiennent pas toujours la liberté de choisir leurs traitements (Comelieu, 2001).

En outre, la marchandisation génère des exclusions (populations pauvres non assurées) et aggrave les disparités d'accès. Le système de santé américain, offre un parfait exemple pour cette théorie, basé sur l'assurance privée où les mécanismes de prix dominant. Selon cette théorie, les patients sont supposés prendre des décisions rationnelles concernant leur santé, en fonction des coûts et des bénéfices perçus (Arnsperger & Varoufakis, 2006).

Par exemple, un patient choisira un traitement en fonction de son efficacité et de son coût. Or, Les patients ne prennent pas toujours des décisions rationnelles, ils sont souvent influencés par des facteurs émotionnels ou un manque d'information (Béjean, 2009). Les soins de santé sont analysés comme des produits soumis aux lois du marché. L'offre (services médicaux) et la demande (besoins des patients) déterminent les prix et la disponibilité des soins.

Toutefois, la santé étant un droit humain plus qu'un produit économique, cette théorie ne prend pas suffisamment en compte les disparités sociales et économiques qui affectent l'accès aux soins (Walter, 2024). En outre, la théorie néoclassique cherche à optimiser l'utilisation des ressources limitées (Brand-Correa, et al., 2022), en minimisant les coûts tout en maximisant les résultats pour les patients (Wang, Liu, Peng, & al, 2024). Alors que réduire les soins de santé à de simples biens économiques peut négliger leur dimension humaine et sociale (Bejean, 1999).

La théorie néoclassique offre un cadre analytique puissant pour comprendre les dynamiques économiques des systèmes de santé. Cependant, son application doit être complétée par des approches alternatives comme l'économie comportementale ou les modèles d'équité, pour répondre aux défis complexes liés à l'accès équitable aux soins et à la réduction des inégalités.

3.1.2. Théorie des biens quasi publics

Cette théorie occupe une place importante dans l'économie de la santé car elle permet de comprendre la nature hybride des services de santé et leur mode de financement. Les biens quasi-publics se situent entre les biens publics et les biens privés, en combinant certaines caractéristiques des deux. Ils sont souvent non exclusifs (tout le monde peut y accéder) mais partiellement rivaux (leur consommation par un individu peut réduire leur disponibilité pour d'autres) (Gao, Zhu, & Mao, 2022). Un bien quasi public est un bien dont la production ou la consommation génère ou est susceptible de générer, des effets sur des tiers (Blumenthal, 2010). Un bien quasi public est caractérisé par :

- **La non exclusion partielle** : les services de santé, comme les soins hospitaliers ou les campagnes de vaccination, sont souvent accessibles à tous, mais leur accès peut être limité par des barrières financières ou géographiques (Schumacher & Whitehead, 2000). Les hôpitaux publics offrent des soins accessibles à tous, mais leur capacité est limitée, ce qui peut entraîner des délais d'attente (WANG, HUO, & FENG, 2015).
- **Une rivalité partielle** : la consommation de soins par un individu peut réduire la disponibilité pour d'autres, par exemple en cas de surcharge des hôpitaux ou de pénurie de médecins, surtout en période de crise sanitaire (Schumacher & Whitehead, 2000).
- **Des effets externes positifs** : les soins de santé génèrent des externalités positives comme la réduction de la propagation des maladies grâce à la vaccination, ce qui bénéficie à l'ensemble de la société (Xiangmin, 2024).

Contrairement à la théorie néoclassique, le rôle de l'État dans la régulation et le financement des soins de santé est primordiale, il permet de gérer les biens quasi-publics en santé pour corriger les défaillances du marché. À travers :

- Le financement public via les subventions, pour réduire les coûts à la charge des patients et garantir l'accès aux soins essentiels (Wang, Liu, Peng, & al, 2024). Bien que, malgré les subventions, certains ménages à faibles revenus peuvent encore avoir du mal à accéder aux soins, d'une part.
- La régulation du système de l'offre de soins, afin d'éviter les abus, comme les prix excessifs ou les inégalités d'accès (HOU, JIA, & LIAO, 2023). Or, l'accès aux services de santé peut varier considérablement selon les régions, en raison d'une répartition inégale des ressources.

- La gestion des partenariats public-privé, dans l'objectif de créer une complémentarité entre les deux secteurs et de mobiliser des ressources supplémentaires tout en maintenant l'équité dans l'accès aux soins (Blumenthal, 2010).
- L'instauration de l'assurance maladie ; en effet, dans de nombreux pays, les systèmes d'assurance maladie sont conçus pour partager les coûts entre les individus et l'État, tout en garantissant un accès universel aux soins essentiels (Karsten, 1995). L'assurance permet un accès financier universel aux soins pour tous les citoyens, et répond à des préoccupations socio-économiques réelles. Elle est justifiée par les théories de la justice de Rawls et Donaldson, ainsi que par le modèle socio-économique d'Adam Smith. Le consensus social dans ce domaine accepte le principe de solidarité selon lequel les intérêts individuels peuvent être mieux servis par l'action collective, surtout si cette action est soumise à des règles de concurrence (Barnay & Rochaix, 2008).

La théorie des biens quasi publics offre un cadre analytique précieux pour comprendre les spécificités des services de santé et leur financement. En combinant les caractéristiques des biens publics et privés, elle met en lumière les défis liés à l'équité et à l'efficacité dans l'accès aux soins. Pour répondre à ces enjeux, une intervention étatique adaptée et des politiques de financement innovantes sont essentielles.

3.1.3. Théorie de l'asymétrie de l'information

Considérée comme caractéristique fondamentale des systèmes de santé, où une partie (les professionnels de santé) possède davantage d'informations que l'autre (les patients), cette asymétrie influence les décisions médicales, les coûts des soins et l'efficacité globale du système de santé (Haoyang, 2024). Cette théorie est caractérisée par :

- **L'inégalité d'accès à l'information** : les médecins disposent d'une expertise médicale que les patients ne possèdent pas, ce qui crée leur dépendance envers les professionnels pour interpréter leur état de santé et choisir les traitements appropriés (Rochaix, 1997). En effet, les médecins peuvent influencer les décisions des patients en fonction de leurs propres intérêts, comme prescrire des traitements coûteux ou inutiles. Cela peut entraîner des dépenses excessives pour les malades, soit en raison de la surconsommation de services ou de l'utilisation inefficace des ressources
- **L'aléa moral** : les patients ou les assureurs peuvent adopter des comportements opportunistes en raison de l'asymétrie d'information. Par exemple, un patient peut cacher des informations sur son état de santé (antécédents) pour obtenir des primes d'assurance

plus basses (Chambaretaud & Hartmann, 2004). Cette asymétrie d'information entre assureurs et assurés peut conduire à des inefficacités dans la tarification et la couverture des soins. Ce risque peut être contournée grâce à la numérisation des dossiers médicaux, l'écart d'information sera réduit, notamment pour l'assureur.

- **La sélection adverse** : les assureurs peuvent sélectionner les risques en fonction des informations disponibles, ce qui peut exclure certains patients à haut risque ou augmenter les coûts pour les groupes vulnérable (Blomqvist, 1991).

L'asymétrie d'information en santé est un défi majeur qui affecte la qualité des soins, les coûts et l'équité dans les systèmes de santé. Bien que des solutions comme la technologie et les incitations contractuelles puissent réduire ces écarts, une approche collaborative impliquant les patients, les professionnels de santé et les décideurs politiques est essentielle pour créer un système de santé plus transparent et efficace.

3.1.4. La théorie de l'agence

La théorie de l'agence, développée par Jensen et Meckling, est un cadre analytique utilisé pour étudier les relations entre un principal (le malade qui délègue une tâche) et un agent (le médecin qui exécute cette tâche), dont les intérêts peuvent diverger (Franc & Jelovac, 2018). Elle se caractérise par :

- **L'asymétrie d'information** : les médecins (agents) disposent d'une expertise médicale supérieure à celle des patients, ce qui crée un déséquilibre d'information. Cela peut entraîner des décisions médicales qui ne maximisent pas toujours le bien-être du patient (Sebai, 2016).
- **Conflits d'intérêts** : les objectifs des agents (maximisation des revenus ou réduction des coûts) peuvent diverger de ceux des malades (accès à des soins de qualité). Ce qui donne lieu à un aléa moral (Nguyen, 2011).
- **Contrats incitatifs** : pour aligner les intérêts des deux parties, des mécanismes incitatifs, comme les systèmes de paiement basés sur la performance, sont souvent mis en place (Cerovic & Samarzija, 2012). Toutefois, des contrats incitatifs efficaces peuvent être difficile à concevoir en raison de la diversité des acteurs et des objectifs dans le système de santé (Arib & Khaldi, 2022).

La théorie de l'agence offre un cadre puissant pour analyser les relations complexes dans les systèmes de santé. Elle met en lumière les défis liés à l'asymétrie d'information et aux conflits d'intérêts, tout en proposant des solutions basées sur des contrats incitatifs.

Cependant, son application nécessite une régulation efficace et une attention particulière aux enjeux d'équité et de qualité des soins.

3.1.5. Théorie de l'élasticité prix de la demande de soins

L'élasticité des prix de la demande de soins mesure la sensibilité de la consommation de services de santé à une variation de leur prix. Elle permet de comprendre la réaction des patients face aux changements de coûts dans le domaine des soins de santé, et elle joue un rôle clé dans la conception des politiques de santé et des systèmes d'assurance (Aron-Dine, Einav, & Finkelstein, 2013). Cette théorie montre une élasticité de la demande face aux variations des prix variés selon le type de soins. En effet, les services essentiels (urgences, cardiologie, etc.) ont une élasticité plus faible (moins sensibles au prix) que les services non essentiels (les soins dentaires, mentales ou optiques) (Ellis, Martins, & Zhu, 2017). Cela s'explique par la nature essentielle des soins, où les patients n'ont souvent pas d'alternatives. L'élasticité-prix¹ de la demande est très utile, car les prix dépendent des choix des gestionnaires. Son estimation guide les décisions de tarification et de contractualisation (Ahmed, 2018). Plusieurs études ont été menées pour mesurer cette élasticité, notamment aux États-Unis. L'expérience RAND sur l'assurance maladie (HIE²) a choisi aléatoirement et suivi des familles à des régimes d'assurance commerciaux avec des taux de coassurance et des niveaux de franchise variés. Selon cette étude, les consommateurs confrontés à un partage des coûts plus élevé consommaient moins de soins, avec une élasticité de la demande de soins médicaux de -0,2 pour presque tous les services étudiés, à l'exception des services de santé mentale et dentaires, pour lesquels la demande a été plus réactive (Aron-Dine, Einav, & Finkelstein, 2013). D'après Soumerai (Soumerai, McLaughlin, Ross-Degnan, Casteris, & Bollini, 1994), limiter à trois le nombre d'ordonnances par mois dans le cadre d'un programme Medicaid permettait d'économiser sur les médicaments, mais entraînait des augmentations compensatoires ailleurs; c'est le cas des patients schizophrènes, l'augmentation des autres dépenses (hospitalisations) était 17 fois supérieure aux économies réalisées sur les médicaments. Une autre étude en 2005 a montré que l'augmentation du

¹ L'élasticité-prix de la demande est élastique ou inélastique. Lorsqu'une augmentation de 1 % du prix entraîne une réduction inférieure à 1 % de la quantité demandée, l'élasticité-prix de la demande est comprise entre 0,00 et -1,00 et la demande est dite inélastique. Lorsqu'une augmentation de 1 % du prix entraîne une réduction supérieure à 1 % de la quantité demandée, l'élasticité-prix de la demande est inférieure à -1,00 et la demande est dite élastique.

² RAND Health Insurance Experiment, est une étude de recherche importante menée par la RAND Corporation pour analyser les effets des différents modèles d'assurance maladie sur les dépenses de santé, l'utilisation des services de santé et la santé des patients. Cette étude, réalisée entre 1974 et 1982 aux États-Unis, a permis de tirer des conclusions significatives sur la relation entre le partage des coûts et l'utilisation des soins de santé.

partage des coûts pharmaceutiques entraîne une moindre utilisation des médicaments prescrits, d'où une élasticité-prix négative, qui éloigne les patients des médicaments non couvertes (Gibson, Ozminkowski, & Goetzel, 2005). Goldman (Goldman, Joyce, & Zheng, 2007); passent en revue 30 études de 1974 au début 2005 et rapportent une élasticité-prix de la demande de soins négative allant de 0,1 à 0,4. Dans une autre revue de la période (1985-2006) Goldman et al., confirment que pour chaque augmentation de 10 % du partage des coûts, les dépenses en médicaments sur ordonnance ont diminué de 2 à 6 % (élasticité-prix de la demande de -0,2 à -0,6). Huskamp (Huskamp, Deverka, Epstein, & al, 2003), et Goldman et al., montrent que ces résultats sont cohérents pour toutes les classes de médicaments, y compris ceux pour maladies chroniques. En outre, Goldman et al., relèvent qu'une augmentation du partage des coûts est associée à des résultats médicaux indésirables chez les patients atteints de maladies chroniques, notamment l'insuffisance cardiaque, le diabète et la schizophrénie. D'autres travaux sur l'effet du partage des coûts des produits pharmaceutiques ont étudié la réponse à la demande chez les personnes âgées suite à l'introduction de la partie D de Medicare. Ils ont démontré que son introduction a entraîné une baisse des dépenses personnelles et une augmentation de l'utilisation des médicaments sur ordonnance, suggérant une élasticité négative de la demande de produits pharmaceutiques. Joyce et al (Joyce, Goldman, Vogt, Sun, & Jena, 2009) ont constaté cet effet sur la demande, en particulier chez les bénéficiaires à faibles revenus. Duggan et Scott Morton (Duggan & Scott Morton, 2010) estiment l'effet de la partie D sur l'évolution de l'utilisation et indiquent une élasticité-prix de -0,38 pour un bénéficiaire de Medicare. De leurs travaux, Chernew et al (Chernew, Gibson, Yu-Isenberg, & al, 2008) constatent que l'élasticité de la demande de produits pharmaceutiques est plus élevée pour les patients des zones à faible revenu à celle des patients vivant dans des zones à revenu élevé. Par ailleurs, dans leur étude sur les retraités californiens, Chandra et al (Chandra, Gruber, & McKnight, 2010) constatent qu'une augmentation du partage des coûts pour les produits pharmaceutiques a conduit à une utilisation accrue des services hospitaliers. Rosen et al., (Rosen, Hamel, & Weinstein, 2005)(2005) ont simulé que la gratuité des IEC (les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) pour les personnes âgées diabétiques dans le cadre de Medicare permettrait de réaliser des économies et d'améliorer les résultats.

La théorie de l'élasticité-prix de la demande de soins est un outil essentiel pour comprendre les comportements des patients face aux variations de prix. Bien que la demande de soins soit généralement inélastique, des variations existent selon les types de services et

les contextes socio-économiques. Les décideurs doivent tenir compte de ces nuances pour concevoir des politiques tarifaires et des systèmes de santé équitables et efficaces.

3.1.6. Théorie des déterminants sociaux de la santé

La théorie des déterminants sociaux de la santé (DSS) met en lumière l'impact des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur la santé des individus et des populations. Elle repose sur l'idée que les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent influencent profondément leur état de santé et leur bien-être (who, 2025). Les DSS sont définis comme les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2025). Ces facteurs incluent (Bagein, 2022); les conditions de vie et de travail; l'accès à l'éducation, au logement et à l'emploi; les revenus et les inégalités économiques et enfin, les normes sociales, les politiques publiques et les systèmes économiques

Selon l'OMS, les DSS sont également liés à la répartition inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources, qui façonnent les conditions de vie quotidienne. Les DSS peuvent être regroupés en plusieurs catégories principales (Hosseini Shokouh & al, 2017) :

- Conditions matérielles : logement, transport, accès à une alimentation saine, qualité de l'environnement (air, eau).
- Facteurs économiques : revenu, emploi, sécurité financière, conditions de travail.
- Facteurs sociaux : Soutien social, discrimination, inclusion sociale, accès à l'éducation.
- Facteurs politiques : Politiques publiques, systèmes de protection sociale, gouvernance

Plus les conditions socio-économiques sont médiocres, plus la santé est mauvaise. Les DSS contribuent aux inégalités en santé, aux différences injustes et évitables dans l'état de santé entre différents groupes sociaux. Les personnes vivant dans des quartiers défavorisés, par exemple, ont un risque accru de maladies chroniques et une espérance de vie plus courte (Gouvernement de Canada, 2024).

Les DSS agissent tout au long de la vie, et leurs effets s'accumulent. Par exemple, un faible niveau d'éducation peut limiter l'accès à des emplois bien rémunérés, ce qui affecte la santé à long terme. Selon l'OMS (who, 2025), les populations pauvres sont systématiquement en moins bonne santé que les populations riches. À titre illustratif :

- Il existe une différence de 18 ans d'espérance de vie entre les pays à revenu élevé et les pays à faible revenu ;

- En 2016, la majorité des 15 millions de décès prématurés dus aux maladies non transmissibles (MNT) sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- Les écarts relatifs au sein des pays entre les plus pauvres et les plus riches pour des maladies comme le cancer ont augmenté dans toutes les régions du monde ;
- Le taux de mortalité des moins de 5 ans est plus de huit fois plus élevé en Afrique qu'en Europe.

Les inégalités en matière de santé empêchent les populations les plus pauvres de progresser dans la société et de tirer le meilleur parti de leur potentiel (Weinstock, 2018). Pour agir sur les DSS, il faut adopter une approche pluridisciplinaire, basée sur :

- L'amélioration des conditions de vie quotidiennes, en investissant dans la qualité des logements, de l'éducation, des infrastructures et des services sociaux ;
- La réduction des inégalités structurelles via les politiques économiques et sociales pour une répartition plus équitable des ressources et des opportunités et augmenter les revenus ;
- Le renforcement des connaissances et la sensibilisation, en formant les professionnels de santé et en sensibilisant le public sur l'importance des DSS pour la santé.
- La collaboration intersectorielle entre les secteurs pour améliorer les DSS.

La théorie des déterminants sociaux de la santé souligne que la santé ne dépend pas uniquement des soins médicaux, mais aussi des conditions sociales et économiques dans lesquelles les individus évoluent. Agir sur ces déterminants est essentiel pour réduire les inégalités en santé et promouvoir une meilleure qualité de vie pour tous.

3.2. Théories économiques de l'équité en santé

D'après l'OMS, l'équité en santé renvoie à l'absence de différences injustes et évitables en matière de santé entre des groupes de population, malgré leurs différences sociales, économiques, démographiques ou géographiques (who, 2023).

3.2.1. Modèle NET-Equity

Le modèle NET-Equity est une approche conceptuelle et opérationnelle visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins tout en garantissant l'équité dans les systèmes de santé. Ce modèle favorise la justice sociale et la durabilité économique, en intégrant des mécanismes de financement innovants et les politiques sociales adaptées aux besoins des populations vulnérables. Ce NET-Equity repose sur une redistribution équitable des

ressources financières pour garantir que tous les individus, indépendamment de leur statut socio-économique, puissent accéder aux soins nécessaires. Cela inclut :

- La progressivité des contributions financières (les ménages à revenu élevé contribuent davantage) (Luyten & Tubeuf, 2025),
- La mise en place de fonds publics pour couvrir les coûts des soins des populations à faible revenu (Errabai, 2024).

Le modèle vise à minimiser les dépenses directes des ménages, notamment les frais de consultation, les médicaments et les coûts indirects (transport, absence au travail) (who, 2024). Ces barrières financières sont souvent responsables de l'exclusion des soins pour les populations les plus démunies. Le NET-Equity prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux qui influencent l'accès aux soins, tels que l'éducation, le logement et les conditions de vie (Errabai, 2024). Ces déterminants sont intégrés dans les politiques de santé pour maximiser l'impact des interventions (Israël, 2016). Les avantages de ce modèle sont multiples; il permet de réduire les inégalités d'accessibilité aux soins en ciblant les populations vulnérables. Il permet aussi d'améliorer la santé publique par une prise en charge précoce des maladies, réduisant ainsi les coûts à long terme. Il contribue à une durabilité économique, en optimisant les ressources. Le modèle assure une gestion financière efficace des systèmes de santé (who, 2024). La mise en œuvre du modèle nécessite (Luyten & Tubeuf, 2025):

- **Le financement basé sur la solidarité**, via l'assurance maladie universelle, qui vise à garantir une couverture pour tous, avec des contributions proportionnelles aux revenus. Et les subventions ciblées par allocation des fonds publics pour les soins des groupes vulnérables. Le système de sécurité sociale algérien applique les mêmes principes à travers l'assurance maladie universelle et la prise en charge inconditionnelle des malades chroniques.
- **Les réformes des systèmes de paiement** : le paiement basé sur la valeur (Value-Based Payment - VBP) qui récompense les prestataires de soins selon leurs résultats en matière de santé et la réduction des disparités ou/et le paiement global qui fournit des budgets proportionnels à la densité par régions pour couvrir les soins des résidents.
- **Le renforcement des politiques sociales** : par un programme de protection sociale et d'éducation sanitaire afin de sensibiliser les populations aux droits en matière de santé et aux services disponibles.

Le modèle NET-Equity offre une solution innovante pour répondre aux défis de l'accessibilité financière aux soins. En combinant équité, efficacité et durabilité, il permet de construire des systèmes de santé inclusifs et résilients, adaptés aux besoins des populations et aux contraintes économiques contemporaines.

3.2.2. Approche par les capacités d'Amartya Sen

L'approche par les capacités, développée par Amartya Sen, offre un cadre novateur pour analyser l'accessibilité aux soins en mettant l'accent sur les libertés réelles des individus à atteindre un état de bien-être. Contrairement aux approches traditionnelles basées sur les ressources ou les besoins, celle-ci est une approche normative du bien-être humain qui se concentre sur la capacité réelle des personnes à réaliser la vie qu'elles valorisent, plutôt que sur le simple fait d'avoir le droit ou la liberté de le faire. Elle a été conçue dans les années 1980 par Amartya Sen et Martha Nussbaum (Ingrid, 2016). Elle est fondée sur trois principes :

- **Les libertés substantielles** : l'approche considère que le bien-être ne dépend pas uniquement des ressources disponibles, mais aussi de la capacité des individus à convertir ces ressources en opportunités réelles. Par exemple, avoir accès à un hôpital ne garantit pas que l'individu puisse réellement bénéficier des soins si des barrières culturelles, financières ou géographiques existent (López Barreda, Robertson-Preidler, & Bedregal García, 2019). En effet, il faut identifier les obstacles en essayant de comprendre pourquoi certaines populations n'accèdent pas aux soins malgré la gratuité ou la disponibilité des services.
- **Les capacités** : elles représentent les libertés réelles d'une personne à choisir. Cela inclut la capacité d'accéder à des soins de qualité, de prendre des décisions éclairées sur sa santé et de bénéficier d'un environnement qui favorise le bien-être (Monnet, 2007). L'accessibilité aux soins ne se limite pas à la disponibilité des infrastructures, mais inclut des dimensions comme la liberté de choix, la qualité des soins, et la capacité des individus à utiliser ces services (Guibet Lafaye, 2005), en tenant compte des dimensions économiques (réduire les coûts des soins pour les ménages à faible revenu) et des dimensions culturelles (réduire les barrières liées aux croyances ou aux normes sociales) (Anand, 2021).
- **La conversion des ressources** : l'approche prend en compte les facteurs de conversion des ressources en capacités. Ces facteurs incluent les conditions sociales, économiques et culturelles (Mitchell, Roberts, Barton, & Coast, 2017). Dans ce sens, les politiques de

santé inclusives doivent être conçues pour réduire les inégalités en tenant compte des différences individuelles dans la capacité à transformer les ressources en opportunités (Breton & Sherlaw, 2013). Cela inclut l'éducation sanitaire, l'accès à l'information et la participation active dans les décisions liés à la santé (Doucet & Duplantie, 2017). Par exemple, des programmes ciblés pour les populations rurales ou marginalisées peuvent améliorer leur accès aux soins (López Barreda, Robertson-Preidler, & Bedregal García, 2019).

L'approche par les capacités d'Amartya Sen offre une perspective riche et multidimensionnelle pour analyser et améliorer l'accessibilité aux soins. En mettant l'accent sur les libertés réelles des individus et les facteurs de conversion, elle permet de concevoir des politiques de santé plus inclusives et équitables, adaptées aux besoins diversifiés des populations.

3.2.3. Modèle de l'équité verticale

L'équité verticale est un concept clé en économie de la santé et en politiques publiques. Elle vise à traiter différemment les individus en fonction de leurs besoins spécifiques. Contrairement à l'équité horizontale (égalité de traitement pour des besoins égaux), l'équité verticale considère que les personnes ayant des besoins plus importants doivent recevoir davantage de ressources ou d'interventions adaptées (Mooney, 2000). Ce modèle se base sur trois principes fondamentaux :

- **Le traitement différencié selon les besoins** : ce modèle reconnaît que les individus ne sont pas tous dans les mêmes conditions de santé ou de bien-être. Par conséquent, ceux qui ont des besoins plus élevés (les malades chroniques ou ayant des conditions socio-économiques défavorisées) doivent recevoir des ressources supplémentaires ou des soins spécifiques pour atteindre un niveau équitable de bien-être. Les patients atteints de maladies chroniques, peuvent bénéficier de subventions pour couvrir les coûts élevés des traitements et des médicaments (Dei & Sebastian, 2018).
- **L'allocation des ressources basée sur les besoins** : en mettant l'accent sur une distribution des ressources en fonction des niveaux de besoin, et non sur une égalité stricte. Les politiques de santé publique peuvent inclure des programmes spécifiques pour les groupes à risque, comme les campagnes de vaccination gratuites pour les enfants. Dans un système de santé, cela pourrait signifier allouer davantage de fonds ou de services aux populations vulnérables (Rochaix & Tubeuf, 2009).
- **La justice distributive** : où les ressources sont redistribuées pour réduire les inégalités

structurelles. Cela peut inclure des politiques de subventions, des programmes de santé ciblés ou des ajustements fiscaux pour financer les soins des plus démunis. Dans ce sens, les systèmes de santé qui adoptent ce modèle utilisent souvent des mécanismes de financement progressifs, où les individus à revenu élevé contribuent davantage pour permettre aux populations à faible revenu d'accéder aux soins (Raine, Or, Prady, & al, 2016).

L'équité verticale nécessite une évaluation précise des besoins de la population. Cela peut inclure l'utilisation de données socio-économiques, géographiques et cliniques pour identifier les groupes nécessitant une intervention prioritaire (Citoni, De-Matteis, & Giannoni, 2022). Toutefois, les systèmes de santé doivent souvent faire face à des contraintes budgétaires, ce qui peut limiter leur capacité à répondre aux besoins croissants des populations vulnérables (Toutkoushian & Michael, 2007).

Le modèle de l'équité verticale est essentiel pour réduire les inégalités en matière de santé et garantir que les ressources soient allouées en fonction des besoins des individus. Ce modèle permet de construire des systèmes de santé plus inclusifs et équitables. Cependant, sa mise en œuvre nécessite une planification rigoureuse, des données fiables et un engagement politique fort.

3.3. Stratégies de financement pour améliorer l'accessibilité financière aux soins

Les stratégies de financement innovantes jouent un rôle clé en mobilisant des ressources supplémentaires, en réduisant les coûts pour les patients, et en soutenant les systèmes de santé. Plusieurs approches existent :

3.3.1. Financement basé sur la technologie et les données

- **Fintech et plateformes numériques** : Les fintechs proposent des modèles de crédit spécifiques. Par exemple, le Medical Credit Fund offre des prêts mobiles avec des remboursements flexibles, adaptés aux petites entreprises de santé. Et offrent des solutions numériques, telles que les paiements en temps réel, simplifient les transactions et réduisent les coûts administratifs pour les patients et les prestataires (McMillan, 2025).
- **Blockchain et intelligence artificielle** : la blockchain garantit la transparence et la sécurité des transactions financières, tandis que l'IA permet d'évaluer les risques de crédit en temps réel, facilitant l'accès au financement pour les établissements de santé.

3.3.2. Modèles de financement flexibles

- **Pay-per-use (PPU) et "As-a-service"** : ces modèles permettent aux hôpitaux (cliniques) de payer uniquement pour les technologies ou services qu'ils utilisent, réduisant ainsi les investissements initiaux. Cela favorise l'accès à des équipements médicaux modernes sans surcharger les budgets.
- **Contrats basés sur les résultats** : les paiements liés aux résultats de santé (outcome-based pricing) permettent de lier les coûts des traitements à leur efficacité. Par exemple, le remboursement d'un médicament contre le cancer serait conditionné par l'amélioration de la santé du patient.
- **La Micro-assurance** : développée en Afrique subsaharienne pour les travailleurs informels et/ou à faibles revenus. Cette solution est flexible et adaptée au pouvoir d'achat de cette population vulnérable couvrant 14 millions de personnes en 2008 (OIT, 2025). Il faut la généraliser (Coulibaly, Gautier, Touré, & Ridde, 2019).

3.3.3. Partenariats public-privé (PPP)

- **Investissements dans les infrastructures** : les PPP permettent de mobiliser des fonds privés pour construire des hôpitaux, des laboratoires et des usines pharmaceutiques, tout en transférant les risques liés aux retards ou inefficacités au secteur privé. Cela améliore l'accès aux soins dans les régions sous-équipées. Ces partenariats peuvent inclure, en outre, des garanties de volume pour les produits médicaux essentiels, comme les vaccins, afin de sécuriser leur disponibilité à des prix abordables.
- **Subventions ciblées** : les gouvernements peuvent utiliser des subventions pour soutenir des initiatives privées, comme les plateformes de paiement mobile ou les cliniques mobiles, afin de toucher les populations marginalisées (Ogada & al, 2020).

3.3.4. Financement garanti par des actifs incorporels

- **L'utilisation de la propriété intellectuelle** : Les PME du secteur de la santé peuvent utiliser leurs actifs incorporels, comme les brevets, pour obtenir des financements (OMPI, 2024).
- **Les conditions liées à l'accessibilité** : les bailleurs de fonds peuvent exiger que les entreprises bénéficiaires de financement garantissent l'accessibilité financière des produits développés, comme les médicaments ou les technologies médicales.

3.3.5. Approches communautaires et inclusives

- **La couverture maladie universelle (CMU) :** prenons l'exemple du programme CMU au Sénégal, qui permet de réduire les paiements directs des patients et favorise une couverture médicale étendue et équitable à travers des mécanismes de compensation basés sur les caractéristiques des populations. Au Rwanda par exemple, 97 % de la population est couverte par des mutuelles communautaires. Quant au Togo, le Plan National de Développement Sanitaire (2017-2022) vise à étendre la protection financière via des fonds solidaires (Alowou, 2020).
- **Les subventions et exemptions :** le programme Ayushman Bharat initié en 2027 en Inde, couvre 500 millions de personnes pour les soins hospitaliers (Gouvernement of India, 2025). Le CMU-C en France réduit la part des dépenses de santé à 1,5 % pour les bénéficiaires, contre 8,5 % pour les non-couverts (DREES, 2016). L'expérience suédoise illustre l'accord de compensation financière pour les zones rurales grâce à la réforme LOV (2010). Elle alloue des fonds aux centres de soins qui s'installent dans les régions septentrionales sous-dotées et/ou offrent la télémédecine (Aschan-Leygonie, 2017).
- **Les cliniques mobiles et télémédecine :** les cliniques mobiles et les plateformes de télémédecine offrent des soins accessibles dans les zones rurales ou isolées, ce qui réduit les coûts liés au transport et à l'infrastructure.
- **Instaurer des taxes sanitaires :** Taxe sur les transactions financières en France pour financer la lutte contre le sida (Samb, Loignon, & Contandriopoulos, 2019).

3.3.6. Investissements dans la prévention et la santé primaire

- **La prévention :** investir dans des programmes de prévention, comme les dépistages précoces et les campagnes de sensibilisation, réduit les coûts liés aux hospitalisations et aux traitements complexes. Les plateformes d'investissement en santé primaire accélèrent les progrès vers la couverture sanitaire universelle en mobilisant des ressources pour les soins de base.
- **La réduction des délais d'attente :** l'amélioration de la gestion des ressources humaines et l'intégration de solutions numériques permettent de désengorger les services de santé, et réduisent les coûts pour les patients et les prestataires (who, 2025).

Les stratégies de financement innovantes combinent technologie, flexibilité, partenariats et inclusivité pour améliorer l'accessibilité financière aux soins. En intégrant ces

approches, les systèmes de santé peuvent réduire les inégalités, améliorer les résultats sanitaires et garantir une couverture durable pour les populations vulnérables. L'accessibilité financière aux soins reste un enjeu mondial, nécessitant des politiques inclusives, un financement équitable, et des innovations adaptées aux contextes locaux. Les études françaises, suédoises et africaines illustrent à la fois les progrès et les limites des réformes actuelles.

Cette section a mis en lumière l'importance cruciale de l'accessibilité financière aux soins de santé dans la quête d'une équité et d'une efficacité accrues au sein des systèmes de santé. À travers l'exploration des théories économiques, telles que la théorie néoclassique, la théorie des biens quasi-publics, et l'approche par les capacités d'Amartya Sen, il devient évident que l'accès aux soins ne peut être réduit à une simple question de disponibilité des services. Les inégalités sociales, économiques et géographiques jouent un rôle déterminant dans la capacité des individus à bénéficier des soins nécessaires. Les stratégies de financement innovantes, telles que les partenariats public-privé, les modèles de financement flexibles et l'utilisation de la technologie, offrent des pistes prometteuses pour surmonter les barrières financières. En intégrant des mécanismes de solidarité et en ciblant les populations vulnérables, il est possible de construire des systèmes de santé plus inclusifs et résilients.

En effet, garantir un accès équitable aux soins de santé nécessite une approche pluridisciplinaire, alliant théorie économique, politiques publiques et innovations pratiques. Cela implique non seulement de réduire les coûts directs pour les patients, mais aussi de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé afin de promouvoir un bien-être durable pour tous. Les défis restent nombreux, mais les solutions existent et doivent être mises en œuvre pour assurer que chaque individu puisse jouir de son droit à la santé, indépendamment de sa situation socio-économique.

Ce chapitre a permis de délimiter le cadre conceptuel qui unit le pouvoir d'achat à l'accessibilité financière aux soins. Nous avons mis en évidence que ces deux dimensions sont intrinsèquement liées et s'influencent mutuellement : une dégradation du pouvoir d'achat des ménages peut directement compromettre leur capacité à faire face aux dépenses de santé, qu'il s'agisse des coûts directs (consultations, médicaments, hospitalisations) ou indirects (déplacements, perte de revenu due à la maladie). Réciproquement, une faible accessibilité financière aux soins peut entraîner des renoncements, des retards de traitement ou un endettement, fragilisant d'autant plus le pouvoir d'achat des ménages et aggravant les

inégalités sociales et de santé. Comprendre cette dynamique complexe est fondamental pour analyser les vulnérabilités des populations et pour éclairer les politiques publiques. Cela souligne l'impératif d'approches intégrées qui reconnaissent la santé non seulement comme un droit, mais aussi comme un facteur déterminant du bien-être économique, nécessitant des mesures visant à garantir un pouvoir d'achat suffisant et une protection sociale robuste pour assurer une véritable équité face aux soins. L'équité sociale, en tant que principe fondamental, exige que chaque individu puisse bénéficier des soins nécessaires, indépendamment de son statut socio-économique, de son lieu de résidence ou de toute autre caractéristique personnelle. Ces théories montrent également que les inégalités d'accès aux soins sont souvent le reflet d'inégalités plus larges dans la répartition des ressources et des opportunités au sein de la société. En définitive, elles appellent à des politiques publiques inclusives et redistributives, visant à garantir non seulement une couverture universelle des soins, mais aussi une véritable équité dans leur accès, afin de promouvoir un système de santé juste et durable, où chacun peut jouir de son droit fondamental à la santé.

Chapitre II
Le pouvoir d'achat en Algérie

Le pouvoir d'achat, cette mesure essentielle de la quantité de biens et services qu'un revenu donné peut acquérir, est bien plus qu'un simple indicateur économique ; il est le baromètre direct du niveau de vie et du bien-être des ménages. Il reflète la capacité des citoyens à subvenir à leurs besoins fondamentaux, à réaliser des projets et à améliorer leur qualité de vie. Dans les économies contemporaines, où les pressions inflationnistes, les fluctuations des marchés mondiaux et les dynamiques internes des salaires sont en constante évolution, la préservation et l'amélioration du pouvoir d'achat constituent une préoccupation centrale pour les gouvernements et une source de débat public omniprésente.

En Algérie, cette question revêt une acuité particulière, ancrée dans les spécificités d'une économie fortement dépendante des hydrocarbures et confrontée à des défis structurels persistants. Après des décennies de gestion centralisée et de politiques de subventions généralisées visant à amortir les chocs et à soutenir le niveau de vie, le pays traverse aujourd'hui une période de transition marquée par la volatilité des prix du pétrole, la nécessité de diversifier son économie et une inflation qui grignote le revenu réel des ménages. La crise sanitaire mondiale de la COVID-19, suivie par les tensions géopolitiques et leurs répercussions sur les chaînes d'approvisionnement mondiales, n'ont fait qu'accentuer la pression sur les prix des biens de consommation, et remettent au premier plan la question de l'accessibilité des produits de première nécessité pour une large frange de la population.

Dans ce contexte complexe, comprendre les dynamiques du pouvoir d'achat en Algérie devient impératif. Quels sont les principaux facteurs, tant internes qu'externes, qui déterminent la capacité d'achat des ménages algériens ? Comment ce pouvoir d'achat a-t-il évolué au fil des différentes phases économiques du pays, et quelles sont les tendances les plus récentes observées ? Enfin, quelles politiques publiques ont été et sont mises en œuvre par l'État pour préserver, soutenir ou améliorer le niveau de vie des citoyens face à ces pressions ?

Ce chapitre se propose d'apporter des éléments de réponse à ces interrogations en explorant les déterminants fondamentaux du pouvoir d'achat en Algérie, en analysant son évolution historique et récente, et en examinant les diverses stratégies gouvernementales qui visent à le protéger. Notre objectif est de fournir une analyse détaillée des enjeux économiques et sociaux liés au pouvoir d'achat, et souligner ainsi l'importance cruciale des politiques économiques et publiques de subventions adoptées pour garantir la stabilité sociale et le développement durable du pays.

Section 01 : Les déterminants du pouvoir d'achat en Algérie

Le pouvoir d'achat en Algérie constitue un enjeu majeur, tant pour les citoyens que pour les décideurs politiques, car il est directement lié au niveau de vie, à la stabilité sociale et au développement économique du pays. Dans un contexte marqué par des défis économiques persistants, tels que la dépendance aux hydrocarbures, les fluctuations des prix mondiaux, l'inflation et les disparités salariales, le pouvoir d'achat des ménages algériens est soumis à des pressions multiples. Comprendre les déterminants du pouvoir d'achat est donc essentiel pour analyser les dynamiques qui influencent la capacité des ménages à subvenir à leurs besoins fondamentaux et à maintenir leur qualité de vie.

Cette section explore les principaux facteurs qui influencent le pouvoir d'achat en Algérie, en mettant en lumière les interactions complexes entre les dimensions économiques, structurelles et externes. Sur le plan économique, les revenus des ménages, les salaires, les transferts sociaux et les politiques publiques jouent un rôle central dans la détermination du pouvoir d'achat. Cependant, ces éléments sont souvent affectés par des phénomènes tels que l'inflation et l'augmentation du coût de la vie, qui réduisent la valeur réelle des revenus. Sur le plan structurel, des problématiques comme le chômage, la précarité de l'emploi et la forte présence de l'économie informelle limitent l'accès à des revenus stables et protégés, exacerbant les inégalités sociales. Enfin, les facteurs externes, notamment la dévaluation du dinar, l'inflation importée et les fluctuations des marchés internationaux, ajoutent une dimension supplémentaire de vulnérabilité, rendant le pouvoir d'achat des ménages algériens particulièrement sensible aux chocs économiques mondiaux.

En analysant ces déterminants, cette section vise à fournir une compréhension approfondie des mécanismes qui influencent le pouvoir d'achat en Algérie. Elle mettra en évidence les défis auxquels le pays est confronté, tout en soulignant les opportunités et les leviers d'action pour améliorer la situation économique des ménages. À travers cette analyse,

L'objectif est de contribuer à une réflexion sur les politiques publiques nécessaires pour garantir un pouvoir d'achat durable et équitable, tout en favorisant la stabilité sociale et le développement économique du pays.

1.1. Les facteurs économiques

Le pouvoir d'achat en Algérie est influencé par divers facteurs économiques qui interagissent de manière complexe. Ces déterminants jouent un rôle crucial dans la capacité des ménages à accéder aux biens et services essentiels. Les politiques gouvernementales visant à réguler le marché du travail, telles que les lois sur le salaire minimum et les protections des travailleurs, ont un impact direct sur le pouvoir d'achat. Une régulation efficace peut aider à garantir des salaires équitables et à protéger les travailleurs contre les abus, ce qui peut améliorer leur situation économique.

1.1.1. Les revenus des ménages

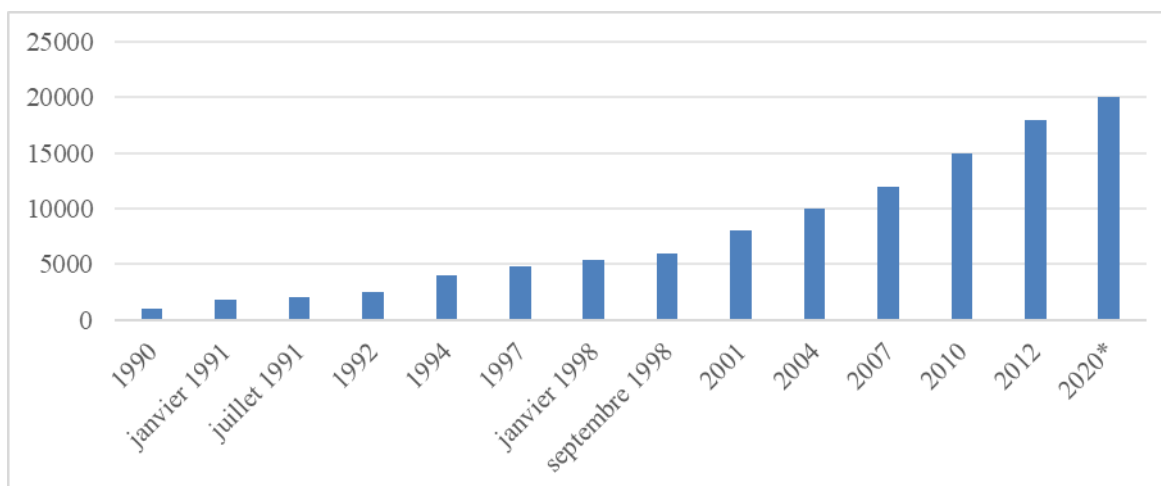
Les salaires des ménages en Algérie ont connu des évolutions notables ces dernières années, reflétant des changements dans le pouvoir d'achat et les conditions économiques (Sellami, Sellami, & Bendjeroua, 2019). Selon une étude récente, le revenu disponible des ménages en Algérie a augmenté de 53% entre 2019 et 2024, passant de 14 851 milliards de dinars à 22 710 milliards de dinars (Meraghni, 2024). Cette hausse est attribuée aux politiques gouvernementales favorables, telles que l'augmentation des salaires, des pensions de retraites, des allocations chômage et des bourses universitaires. Dans ce sens, nous distinguons deux types de revenus.

1.1.1.1. Les salaires

Le niveau des salaires est un déterminant clé du pouvoir d'achat. Les salaires des ménages constituent un sujet d'étude important, vu son impact sur l'économie et les inégalités sociales. En Algérie, le salaire minimum garanti (SNMG) a été régulièrement ajusté, mais il reste souvent insuffisant face à l'inflation et à l'augmentation des coûts de la vie (Ameur & Sefih, 2021).

Le SNMG algérien a été multiplié par 20 en 35 ans, ce qui témoigne de la nécessité de le réajuster pour suivre l'évolution de l'inflation. D'après les enquêtes de l'ONS, le salaire net moyen est passé de 41 800 DA en 2019 (ONS, 2019), à 43 500 Da en 2022 (ONS, 2022), avec de grandes disparités entre catégories socioprofessionnelles, secteur d'activité et secteurs juridiques.

Figure n°2 : L'évolution du SNMG en Algérie



Source: (ONS, 2025)

* (décret présidentiel n°21-137, 2021)

Selon la catégorie socioprofessionnelle, l'ONS a enregistré en 2022, un salaire net moyen de 83 800 Da (81 000 Da en 2019) pour les cadres contre 51 200 Da (48 900 Da en 2019) pour le personnel de maîtrise et 31 200 Da (30 000 Da en 2019) pour un salarié d'exécution. Selon le secteur d'activité, les industries extractives et les activités financières offrent des salaires nets moyens mensuels plus élevés avec respectivement 114 100DA et 64 300 DA, soit 2.6 et 1,5 fois plus que le salaire net moyen global. Par contre, les secteurs de la "construction", de "l'immobilier et services aux entreprises " offrent des salaires moyens plus faibles avec respectivement 32 900 DA et 36 400 DA, soit 76% et 84% du salaire net global. Ceci est dû, d'une part, à une prédominance de la catégorie « agents d'exécution » dans l'emploi total de ces secteurs d'activité, comparé aux secteurs extractions qui emploient plus des diplômés supérieurs et, d'autre part, à une forte présence de l'emploi informel.

Selon le secteur juridique, l'ONS a révélé que les salaires sont meilleurs dans le secteur public, que privé. En effet, le salaire net moyen mensuel est de 61 300 DA dans le secteur public, alors qu'il n'est que de 35 200 DA dans le secteur privé national, soit une différence de salaire de 24 300 DA. Globalement, le salaire net moyen a évolué de 2% par rapport à 2018. Selon une étude de Hamadi (Hamadi, Kaddar, & Datoussaid, 2020) en 2020, les disparités salariales entre le secteur public et le secteur privé, ainsi qu'entre les différentes régions, exacerbent les inégalités de pouvoir d'achat. Par ailleurs, les travailleurs du secteur informel, qui ne bénéficient d'aucune protection sociale, sont particulièrement vulnérables

(Kaddar, 2021). Les salaires varient également selon les régions, avec les plus élevés dans les grandes villes comme Alger, par rapport aux zones rurales (Boutaleb, 2015).

1.1.1.2. Les transferts sociaux

Les transferts sociaux en Algérie sont un pilier fondamental de la politique économique et sociale du pays, ils visent à soutenir les ménages et à atténuer la pauvreté. Les aides et subventions gouvernementales, notamment pour les populations vulnérables, jouent un rôle crucial dans le soutien de leur pouvoir d'achat. Cependant, la dépendance à ces transferts peut également créer des déséquilibres (Kaddar, 2021). Ces transferts visent à améliorer le niveau de vie, à réduire la pauvreté et à garantir un accès équitable aux services essentiels.

Tableau n°1: Budget des transferts sociaux en Algérie (2021-2022)

Rubriques (millions DA)	2021	2022
Soutien à l'habitat	424 447	247 025
Soutien aux familles	553 764	597 689
- Allocations familiales	46 399	45 136
- Soutien à l'éducation	130 948	131 694
- Soutien au prix du lait, céréales, huile et sucre	280 232	315 510
- Accès à l'électricité, au gaz et à l'eau	96 185	105 349
Soutien aux retraites	292 600	332 528
Soutien à la santé	397 341	361 116
Soutien aux Moudjahidine	196 600	196 050
Soutien aux démunis, aux handicapés et aux titulaires de faibles revenus	208 421	207 596
Total Transferts sociaux	2 073 173	1 942 004
Transferts sociaux (en % du Budget Général de l'Etat)	24,0%	19,7%
Transferts sociaux (en % du PIB)	9,5%	8,4%

Source: (Ministère des Finances , 2021)

D'après le rapport du ministère des finances, les transferts sociaux à partir du budget de l'Etat, se sont établis à 1942,0 Mrd DA en 2022, soit 8,4% du PIB, en baisse par rapport à 2021 de 131,2 Mrds DA (-6,3%). Aussi, comparé à la loi de finances de 2021, les transferts sociaux ont enregistré une baisse dans le budget de l'Etat de 2022, en passant de près de 24% en 2021 à 19,7% en 2022. Par ailleurs, la structure du partage des transferts sociaux en 2022, montre la priorité donnée au soutien des familles pour l'accès à l'habitat et à la santé, par l'Etat, où ces 3 catégories captent 62% de l'ensemble des transferts.

- **Les subventions directes :** La contribution de l'Etat est passée de 493,95 Mrd DA en 2021 à 821,19 Mrd DA en 2022, soit une hausse de 327,24 Mrd DA (+66,25%). Ainsi, les subventions directes captent 21,67% du montant alloué pour les transferts sociaux.
- **Subventions alimentaires :** L'État subventionne plusieurs produits de base tels que le pain, le lait, le sucre et l'huile, pour rendre ces biens accessibles à l'ensemble de la population. Ces subventions visent à protéger les ménages contre les fluctuations des prix sur le marché. À ce titre, en 2022, l'Etat a alloué un budget de 315,51 Mrd Da aux subventions alimentaires ventilés comme suit : une contribution à l'Office Interprofessionnel du Lait (ONIL), pour un montant de 61,98 Mrd DA, une contribution à l'Office Algérien Interprofessionnel des Céréales (OAIC) pour un montant de 250,03 Mrd DA et une dotation de 3,50 Mrd DA prévue pour stabiliser les prix du sucre et de l'huile.
 - **Subventions énergétiques :** Les prix des carburants et de l'électricité sont également subventionnés, ce qui permet de réduire le coût de la vie pour les ménages algériens. Cela inclut des tarifs préférentiels pour le gaz et l'électricité (Kaddar, 2021). En 2022, l'Etat a consacré un budget de 105,35 Mrd Da ventilé entre une compensation du prix de l'eau en provenance des unités de dessalement de l'eau de mer pour un montant de 56,53 Mrd Da et le reste pour la compensation de la différence de tarification des produits énergétiques (électricité et gaz).
- **Aides financières :** elles englobent les allocations familiales versées aux ménages salariés ayant des enfants et les allocations destinées aux populations vulnérables.
- **Allocations familiales :** l'État verse des allocations familiales aux ménages ayant des enfants à charge. Ces aides visent à soutenir les familles dans leurs dépenses liées à l'éducation et à la santé des enfants (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, 2025). Elles étaient de 45milliard de Da en 2022, soit en baisse de 1,2milliard par rapport à 2021.
 - **Aides aux personnes âgées et handicapées :** des allocations spécifiques sont destinées aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, afin de garantir leur dignité et leur accès aux soins. En 2022, elles ont atteint 207milliards de Da. La couverture de l'allocation au profit des handicapés à 100%, révisée à la hausse, est passée de 4000DA/mois à 10 000DA/mois au profit de 264 000 bénéficiaires, pour un montant de 32,65Mrd DA.

➤ **Programmes de soutien aux ménages vulnérables**

- **Les programmes de lutte contre la pauvreté** : l'État a mis en place des programmes ciblés pour aider les ménages les plus pauvres, notamment par le biais de transferts monétaires ou de biens matériels. Dans ce sens, dans l'exercice 2022, une dotation de 15Mrd DA a été attribuée comme allocation spéciale de solidarité pour les élèves démunis (passée de 3000DA à 5000DA en 2019 au profit de 3millions d'élèves démunis), et une dotation de 6,5Mrd DA a été destinée à la couverture de la gratuité du livre scolaire pour ces élèves.
- **Les aides au logement** : des subventions sont accordées pour aider les ménages à faibles revenus à accéder à un logement décent, notamment à travers des programmes de construction de logements sociaux (Brahmia, 2014). Dans ce sens, le montant affecté au soutien à l'habitat en 2022 a atteint plus de 247 Mrd DA, mais a marqué une baisse de 42% par rapport à 2021.

➤ **La couverture sociale**

- **L'assurance maladie** : le système de sécurité sociale couvre une partie des frais médicaux pour les assurés, ce qui constitue un transfert indirect en matière de santé. Cela inclut le remboursement des consultations médicales, des médicaments et des hospitalisations (Kaddar, 2021). Le montant destiné au soutien de l'accès à la santé en 2022 s'est élevé à 361,1 Mrd DA, soit une baisse de 9% par rapport à 2021.
- **Les retraites et les pensions** : les pensions de retraite versées aux anciens travailleurs constituent un transfert social important, qui garantit un revenu aux personnes âgées. Les dépenses de solidarité nationale sont supportées par l'Etat, à travers l'octroi d'un complément différentiel pour les retraités dont le montant est inférieur au minimum légal (75% du SNMG et 2,5 fois le SNMG) pour les Moudjahidine. Des compléments d'indemnités sont attribués pour les petites pensions de retraite et d'invalidité ainsi que des revalorisations exceptionnelles. Le montant du soutien aux retraités a été de 332,528Mrd Da en 2022, additionné au montant de soutien aux Moudjahidines de 196,05Mrd Da.

➤ **Les programmes d'insertion et de formation**

- **Les aides à l'emploi** : Des programmes de soutien à l'emploi sont mis en place pour aider les jeunes et les chômeurs à accéder à des formations professionnelles et à des opportunités d'emploi, contribuant ainsi à améliorer leur pouvoir d'achat à long terme.

Dans ce cadre, une dotation de 58,7 milliards DA a été allouée à l'Agence de Développement Social (ADS) pour 2022, visant à financer le dispositif "travaux d'utilité publique à haute intensité de main-d'œuvre" (TUP-HIMO), à prendre en charge les bénéficiaires de l'Allocation Forfaitaire de Solidarité, à soutenir le fonctionnement des cellules de proximité et à couvrir 128 projets de développement communautaire. Par ailleurs, un montant total de 64,70 milliards DA a été affecté aux différents dispositifs d'emploi (DAIS, TUP-HIMO et DAIP) pour la même année.

L'État a également contribué au Fonds de Solidarité des Collectivités Locales, en consacrant 150 milliards DA en 2022. Cette somme inclut 27 milliards DA pour les cantines scolaires et 38 milliards DA pour l'intégration de 65 000 bénéficiaires du dispositif DAIP. En outre, les rémunérations à la charge du budget de l'État ont totalisé 85 milliards DA, englobant les gardes communales, les différentiels de salaires des agents des collectivités locales et le gardiennage des écoles.

- **Les microcrédits :** L'État, à travers des institutions financières comme l'ANGEM offre des microcrédits pour encourager l'entrepreneuriat et l'auto-emploi, ce qui permet aux ménages de générer des revenus supplémentaires (Ministère des Finances, 2025). Instauré depuis 2005, avec un financement qui peut atteindre 100% du montant de l'investissement avec beaucoup d'avantages fiscaux, ce dispositif aide beaucoup de ménages, notamment les femmes, à se lancer dans l'entrepreneuriat, à créer leur propre revenu et à soutenir leur foyer (Azri & Belhocine, 2023).

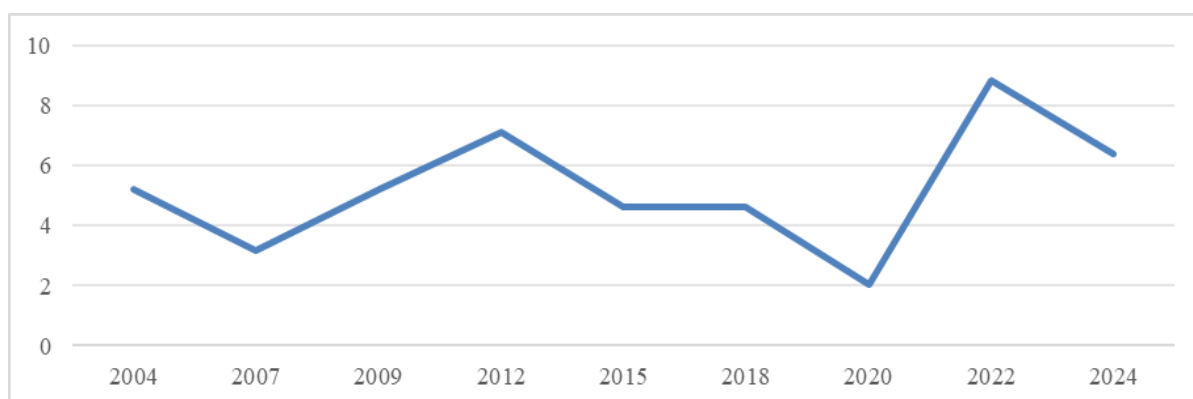
Les transferts sociaux en Algérie sont diversifiés et visent à soutenir les ménages dans leurs besoins quotidiens, à réduire la pauvreté et à garantir un accès équitable aux services essentiels. Cependant, la dépendance à ces transferts peut également poser des défis en matière de durabilité financière et d'efficacité. Pour améliorer l'impact de ces programmes, des réformes structurelles et un meilleur ciblage des aides sont nécessaires. Les salaires des ménages en Algérie, quant à eux, sont en augmentation, mais les inégalités persistent. Les recherches académiques soulignent l'importance de politiques redistributives pour améliorer la situation économique des ménages, réduire les inégalités et favoriser une croissance économique inclusive. Les transferts sociaux jouent un rôle crucial dans l'amélioration des conditions de vie de nombreux ménages algériens.

1.1.2. L'inflation et le prix des biens

1.1.2.1. L'inflation

L'inflation est un phénomène économique qui se traduit par une augmentation générale et persistante des prix des biens et services dans une économie. En Algérie, l'inflation a été un sujet de préoccupation majeur au cours des dernières années, notamment après le double choc pétrolier de 2015 et de 2020, affectant le pouvoir d'achat des ménages et la stabilité économique du pays. L'inflation est un facteur déterminant qui affecte directement le pouvoir d'achat. En Algérie, l'inflation a connu des fluctuations importantes, souvent liée aux variations des prix des hydrocarbures et aux politiques monétaires (Brahamia & Kaddar, 2021). Une inflation élevée érode la valeur réelle des salaires, est réduit ainsi le pouvoir d'achat des ménages. L'Algérie a connu des périodes d'inflation élevée, notamment dans les années 1980 et 1990, souvent en lien avec des chocs économiques, des ajustements structurels et des crises politiques. Au début des années 2000, l'inflation a été maîtrisée grâce à des politiques économiques favorables, mais elle a de nouveau augmenté ces dernières années.

Figure n°3 : Le taux d'inflation en Algérie (2004–2024)



Source: (Banque d'Algérie, 2025)

Selon les données de l'Office National des Statistiques (ONS), le taux d'inflation a atteint environ 6,4 % en 2024. En 2022, elle a continué d'être un défi, atteignant des niveaux préoccupants, notamment en raison de la crise économique mondiale et de la hausse des coûts des importations.

L'inflation trouve ses origines dans différents facteurs internes et externes. Les facteurs internes renvoient à la dépendance aux hydrocarbures et à l'augmentation des coûts de production. Les fluctuations des prix du pétrole sur le marché mondial ont un impact direct sur les finances publiques et, par conséquent, sur l'inflation. Une baisse des revenus

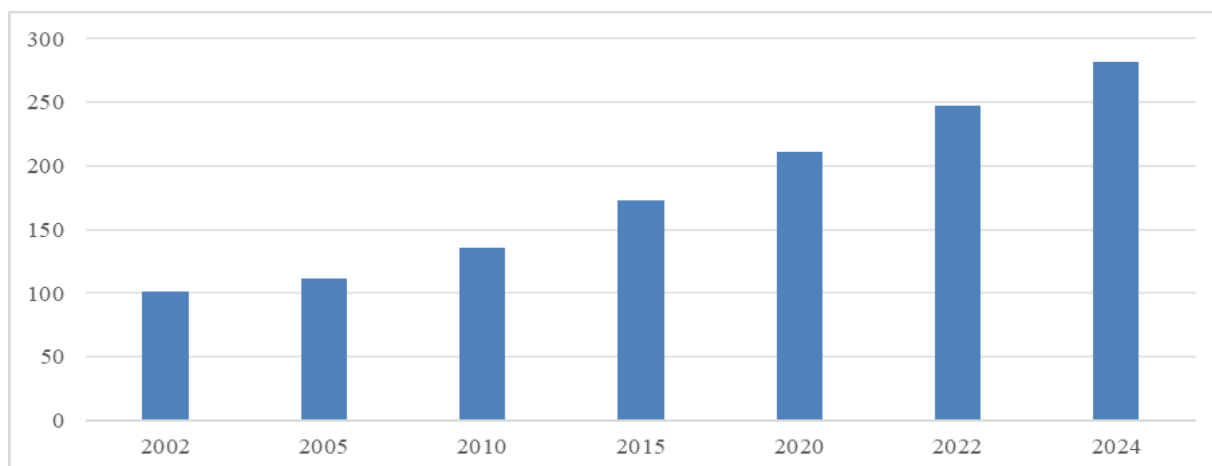
pétroliers peut entraîner des ajustements budgétaires qui affectent les subventions et les dépenses publiques (Brahmia & Kaddar, 2023). La hausse des coûts de production, quant à elle, est due aux augmentations des salaires, des coûts des matières premières et des services, qui contribuent également à l'inflation. Les entreprises répercutent souvent ces coûts sur les consommateurs (Kaddar, 2021).

S'agissant des facteurs externes de l'inflation en Algérie, on cite entre autre l'inflation importée et l'impact des crises économiques mondiales. En effet, l'Algérie dépend des importations pour de nombreux biens de consommation. Les fluctuations des taux de change et l'augmentation des prix mondiaux des matières premières peuvent entraîner une hausse des prix sur le marché local. Les importations ont atteint 39 milliards de dollars en 2022 contre 37,7 milliards de dollars en 2021, soit une hausse de 3,4%. dont, 74% sont des importations indispensables liées à la sécurité alimentaire et à l'industrie du pays, composées de 27,8% de produits alimentaires, 31% de demi-produits ou de produits semi-finis et 20,3% d'équipements industriels (ONS, 2025). En outre, les crises économiques mondiales comme celle provoquée par la pandémie de COVID19, ont perturbé les chaînes d'approvisionnement et entraîné une hausse des coûts des biens importés, ce qui a eu un impact direct sur l'inflation (Brahmia & Kaddar, 2023) .

1.1.2.2. Le coût de la vie

L'augmentation des prix des biens de consommation, en particulier des produits alimentaires et des services essentiels, impacte négativement le pouvoir d'achat. Les ménages doivent souvent faire face à des hausses de prix qui ne sont pas compensées par une augmentation proportionnelle de leurs revenus (Kaddar, 2021).

Figure n°4 : L'IPC en Algérie (2002-2024)



Source: (Banque d'Algérie, 2025)

D'après les données de la Banque d'Algérie, les prix des biens ont presque triplé en 22 ans. L'augmentation des prix des produits alimentaires a nettement affecté le coût de la vie. En analysant l'IPC par catégories de biens, on constate que les biens alimentaires ont assuré une forte contribution à l'évolution globale des prix, à hauteur de 60,82 % en 2021, et de 3,76 % en 2020. Cette augmentation résulte de la hausse des prix des biens alimentaires de 10,12 % en 2021, contre 0,20 % l'année précédente, en lien avec la flambée des prix des produits agricoles frais (Banque d'Algérie, 2022).

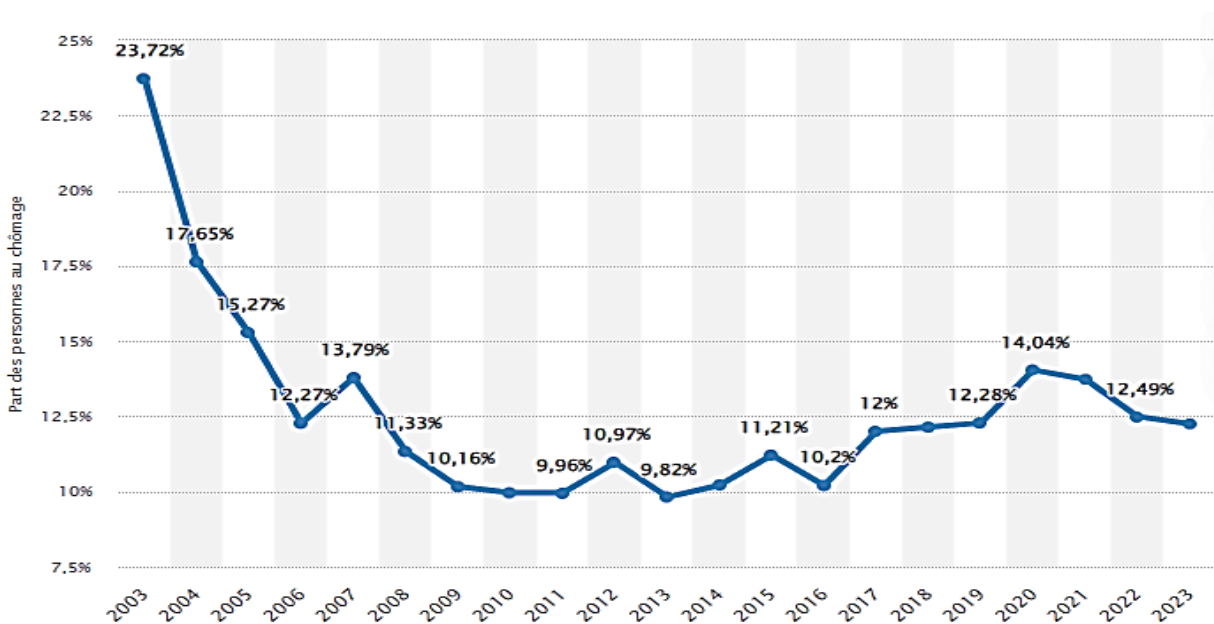
1.2. Les facteurs structurels

Le pouvoir d'achat en Algérie est influencé par plusieurs facteurs structurels qui interagissent de manière complexe.

1.2.1. La structure du marché du travail

La structure du marché du travail en Algérie joue un rôle crucial dans la détermination du pouvoir d'achat des ménages. Le taux de chômage a connu des fluctuations significatives au fil des ans. Bien qu'il ait diminué depuis 2004, il reste élevé, touchant plus de 20% de la population active à certaines périodes. Un taux de chômage élevé affecte directement les revenus des ménages et, par conséquent, leur pouvoir d'achat (Talahite & Boukilia-Hassane, 21–25 March 2007). Un taux de chômage élevé réduit le nombre de ménages ayant des revenus stables, ce qui impacte leur capacité à consommer (Brahamia & Kaddar, 2021). D'après l'ONS, le taux de chômage en Algérie a atteint 9,7% en 2024.

Figure n°5 : Le taux de chômage en Algérie



Source: (BM, 2025)

Le taux de chômage en Algérie a connu quatre phases d'évolutions homogènes avec les crises économiques qu'a connues le pays. Une forte hausse durant les années 90 (la décennie noire), suivie d'une forte baisse à partir de 2000, grâce à l'aisance financière qu'a connu le pays et les efforts de l'Etat pour l'insertion professionnelle (ANSEJ, ANEM, DAS, ANGEM, CNAC, etc.). Des dispositifs qui ont permis la stabilité du taux de chômage entre 2007 et 2016 à près de 10%. A partir de 2016, juste après le choc pétrolier de 2015, le taux de chômage a grimpé pour atteindre un pic de 14% en 2020. Depuis, il enregistre une régression pour atteindre 9,7% en 2024 (ONS, 2024).

La précarité de l'emploi est un autre facteur déterminant. De nombreux travailleurs occupent des emplois temporaires ou informels, ce qui les rend vulnérables aux fluctuations économiques. Cette instabilité peut entraîner une érosion du pouvoir d'achat, car les revenus ne sont pas garantis et peuvent varier considérablement d'un mois à l'autre (M, N.E, & M.A, 2025). En effet, une part significative de l'économie algérienne est informelle, ce qui signifie que de nombreux travailleurs ne bénéficient pas de protection sociale ou de salaires garantis. Cela limite leur pouvoir d'achat et leur accès aux services de santé et d'éducation (Kaddar, 2021). L'emploi informel dans le secteur privé a dépassé 63% en 2007 (Bellache, 2010) d'après une enquête menée à Bejaia. Ce taux est estimé à 29,25% en 2012 à Tizi-Ouzou (Babou & Adair, 2016), et 75% en 2016 à Oran (Bouhriz Daïdj, 2018).

1.2.2. La dépendance aux hydrocarbures

L'Algérie fait partie des trois premiers producteurs de pétrole en Afrique et des dix premiers exportateurs nets de pétrole dans le monde. En 2021, le secteur des hydrocarbures rapportait 30 % du PIB, 82 % des recettes d'exportation, et environ 60 % des recettes budgétaires totales (Banque d'Algérie, 2022). L'économie algérienne est donc fortement dépendante des hydrocarbures, qui représentent une part importante des revenus de l'État et des exportations. Cette dépendance a des répercussions directes et indirectes sur le pouvoir d'achat des ménages, en raison de son influence sur les politiques économiques, les fluctuations des revenus nationaux et les facteurs structurels qui façonnent l'économie (Abdelmalek, Benacheur, & Tarhliissia, 2025). Les hydrocarbures représentent environ 90 % des recettes d'exportation en 2023, soit 49,3 milliards de dollars (ONS, 2024), et 40,5 % des revenus budgétaires de l'État algérien (Ministère des Finances, 2024) en 2025. Cette forte dépendance rend l'économie vulnérable aux fluctuations des prix du pétrole et du gaz sur les marchés internationaux.

Les baisses des prix des hydrocarbures, comme celles observées en 2015 et 2020, ont entraîné une réduction des revenus de l'État, limitant sa capacité à financer les subventions et les programmes sociaux qui soutiennent le pouvoir d'achat des ménages (Kaddar, 2021). En période de crise pétrolière, l'État est souvent contraint de réduire les subventions sur les produits de base (pain, lait, carburants), ce qui entraîne une augmentation des prix, ou des perturbations d'approvisionnement (voir des pénuries de produits sur le marché); et une érosion du pouvoir d'achat. La dépendance aux hydrocarbures limite la diversification économique, ce qui oblige l'Algérie à importer une grande partie des biens de consommation. Les fluctuations des prix des hydrocarbures influencent directement le taux de change du dinar, augmentant ainsi le coût des importations et contribuant à l'inflation (Boulahrik, 2016), ce qui réduit le pouvoir d'achat. Pour certains produits, les restrictions sur les importations imposées par l'Etat afin de réduire la dépendance aux devises étrangères, peuvent également limiter l'accès à ces produits, ce qui augmente ainsi leur coût (Abdelmalek, Benacheur, & Tarhlissia, 2025). D'ailleurs, le PIB a augmenté de 3,8 % en 2021, de 3,6 % en 2022 et de 4,1 % en 2023, alimenté par des dépenses publiques en hausse de plus de 60 % entre 2021 et 2023, suite à la hausse des salaires et des retraites du secteur public, de l'introduction d'allocations chômage, de l'expansion des subventions alimentaires et de la forte augmentation des investissements publics (OMS, 2025).

Pour résumer, l'impact de la dépendance aux hydrocarbures sur le pouvoir d'achat est multiple :

- **Effets positifs** en période de prix élevés à travers l'augmentation des revenus publics, où l'État peut financer les politiques sociales et les subventions, ce qui améliore le pouvoir d'achat des ménages. Une stratégie qui stabilise les prix des produits de base et limite l'impact de l'inflation sur les ménages.
- **Effets négatifs** en période de prix bas, à cause de la réduction des dépenses publiques qui entraînent des coupes budgétaires, affectent les salaires, les subventions et les investissements publics. L'Etat peut même recourir à des politiques monétaires inflationnistes, ce qui érode le pouvoir d'achat. Couplé à une dépendance aux importations, la baisse des revenus pétroliers entraîne une dévaluation de la monnaie, et augmente les prix des produits importés (Hamadi, Kaddar, & Datoussaid, 2020).

En outre, la lenteur de la diversification économique limite les opportunités d'emploi et de revenus dans les autres secteurs économiques, ce qui maintient une pression sur le pouvoir d'achat des ménages (BM, 2023).

1.2.3. Politiques fiscale

La relation entre la politique fiscale et le pouvoir d'achat en Algérie est complexe et multidimensionnelle, influencée par des facteurs économiques, sociaux et structurels. La politique fiscale, en tant qu'instrument clé de régulation économique, joue un rôle central dans la redistribution des revenus et la stabilisation du niveau de vie des ménages (Jewell & all, 2015). En Algérie, cette relation est particulièrement marquée par la dépendance de l'économie aux hydrocarbures et par les défis liés à la diversification économique.

1.2.3.1. Impact direct de la politique fiscale sur le pouvoir d'achat

La politique fiscale agit directement sur le pouvoir d'achat des ménages à travers des mesures telles que les exonérations de taxes, les subventions et les transferts sociaux. Par exemple, la loi de finances 2025 a introduit des exonérations de TVA sur des produits alimentaires de base (viandes, légumes secs, riz) pour limiter l'impact de l'inflation sur les ménages (Ministère des Finances, 2024). Ces mesures visent à réduire le coût de la vie et à préserver le revenu disponible, voire le pouvoir d'achat des ménages, en particulier pour les classes moyennes et les plus vulnérables (Zaid & Draa Messeouda, 2022).

En parallèle, les transferts sociaux, qui représentent une part importante des dépenses publiques, ont été augmentés pour soutenir les ménages. En 2024, le revenu disponible des ménages algériens a connu une augmentation significative, passant de 14 851 milliards de dinars en 2019 à 22 710 milliards de dinars, reflétant une amélioration nominale du pouvoir d'achat (APS, 2025). Cependant, cette hausse est souvent absorbée par l'inflation, et donc limite les gains réels pour les ménages (Djaballah & Abdelmoutaleb, 2020).

1.2.3.2. Effets indirects et limites de la politique fiscale

Malgré ces efforts, la politique fiscale en Algérie présente des limites structurelles. D'une part, l'économie reste fortement dépendante des revenus pétroliers, ce qui rend les finances publiques vulnérables aux fluctuations des prix des hydrocarbures ; cette dépendance limite la capacité de l'État à financer durablement des politiques fiscales expansionnistes en cas de choc pétrolier (Oukaci & Mahtout, 2018). D'autre part, les effets de la politique fiscale sur le pouvoir d'achat sont souvent atténués par des problèmes structurels tels que l'inflation persistante, le manque de diversification économique et les inefficacités dans la distribution des subventions. Par exemple, les subventions généralisées bénéficient parfois de manière disproportionnée aux ménages à revenu élevé, réduisant leur impact sur les populations les plus vulnérables (Haouas, Ochi, & Labidi, 2024).

Enfin, la politique fiscale en Algérie joue un rôle crucial dans la préservation du pouvoir d'achat, mais son efficacité est limitée par des contraintes structurelles et conjoncturelles. Si des mesures fiscales telles que les exonérations de TVA et les transferts sociaux ont permis d'atténuer les effets de l'inflation. La dépendance aux hydrocarbures en Algérie exerce une influence majeure sur le pouvoir d'achat des ménages, en raison de son impact sur les revenus publics, les subventions, l'inflation et les opportunités d'emploi. Bien que les périodes de prix élevés offrent des avantages temporaires, les fluctuations des marchés internationaux exposent l'économie à des risques importants, affectant directement le niveau de vie des citoyens.

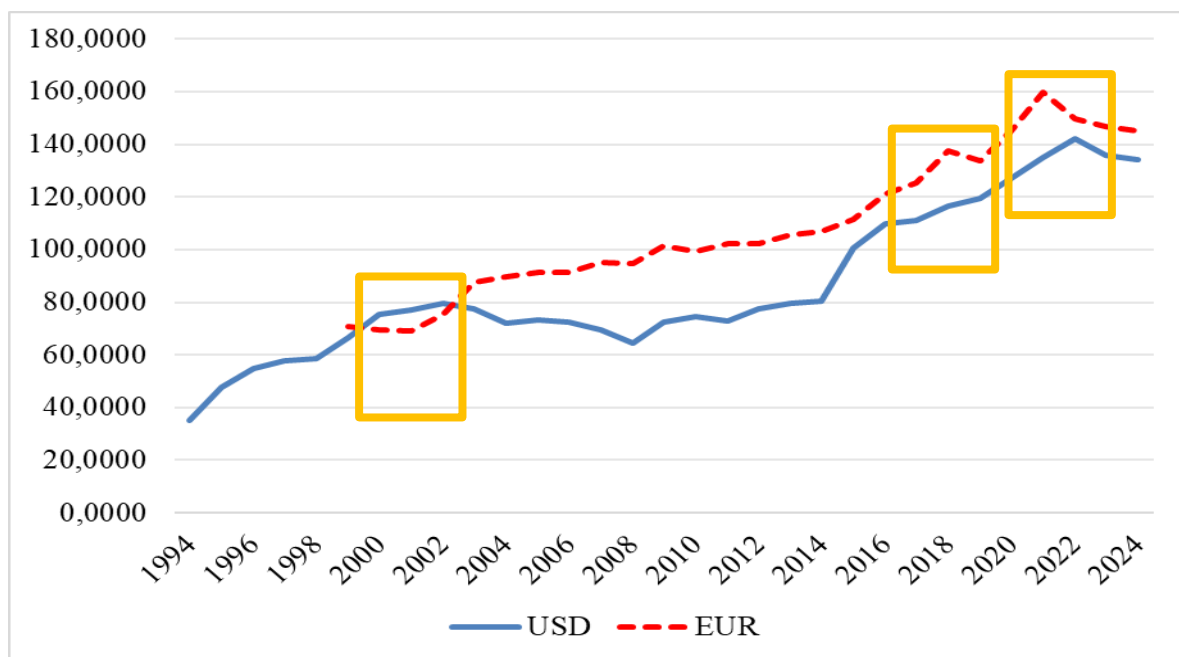
1.3. Les facteurs externes

Le pouvoir d'achat en Algérie est aussi influencé par plusieurs facteurs externes qui sont principalement liés à l'économie mondiale, aux fluctuations des marchés internationaux et aux politiques économiques globales.

1.3.1. L'évolution du taux de change par rapport au dinar

La dévaluation du dinar algérien par rapport aux devises étrangères, notamment l'euro et le dollar, a un effet direct sur le pouvoir d'achat des ménages. Cela augmente le coût des biens importés qui représentent une part importante de la consommation en Algérie.

Figure n°6 : Evolution du cours du dinar algérien face aux devises (pour 1 euro et 1 dollar)



Source: (Banque d'Algérie, 2025)

L'analyse de l'évolution du cours du dinar algérien face aux devises montre qu'il enregistre une forte dévaluation à chaque choc pétrolier. Comme le montre les données de la Banque d'Algérie. Hormis, celle de 1994 causée par l'application du Programme d'Ajustement Structurel imposé par le FMI avec la libéralisation de l'économie algérienne, la dévaluation du dinar et des réformes du secteur public et agricole (Cherif-Chakib, 2002).

Selon une étude utilisant le modèle ARDL, le taux de change a un impact négatif significatif sur les dépenses publiques et, par extension, sur le pouvoir d'achat. La dépréciation de la monnaie nationale expose les ménages à une inflation importée, réduisant leur capacité à acheter des biens essentiels (Abdelmalek, Benacheur, & Tarhlissia, 2025).

1.3.2. L'inflation importée

L'inflation importée est un facteur clé qui affecte le pouvoir d'achat en Algérie. Elle résulte de la hausse des prix des biens importés et est exacerbée par la faiblesse du dinar et les coûts logistiques internationaux. Les fluctuations des prix des importations, notamment des produits alimentaires et des biens de consommation, ont un effet direct sur l'inflation intérieure. Cela est particulièrement visible dans les périodes de crise économique mondiale, comme la pandémie de COVID-19 ou la guerre en Ukraine, qui ont perturbé les chaînes d'approvisionnement et augmenté les coûts des biens importés (Brahamia & Kaddar, 2021). D'après la Banque d'Algérie, le déterminant principal de l'inflation en Algérie en 2021 était l'inflation importée puisque la part de l'Indice des prix à l'importation dans cette dernière était de 59 %, favorisé par la faible production nationale et la dépendance aux importations. (Banque d'Algérie, 2022).

Les variations des prix des produits de base sur les marchés internationaux, comme les céréales et les huiles, affectent directement les coûts des importations. Le manque de substitution des produits importés rend l'économie vulnérable aux fluctuations des prix mondiaux et l'expose à des niveaux d'inflation persistants et élevés à travers les importations. C'est pour cela que la diversification de l'économie nationale et le renforcement des moyens pour promouvoir l'intégration dans l'économie mondiale demeurent une urgence pour soutenir le pouvoir d'achat.

1.3.3. Les Investissements Directs Étrangers (IDE)

Les Investissements Directs Étrangers (IDE) jouent un rôle crucial dans le développement économique des pays en développement. Leur impact sur le pouvoir d'achat des ménages est indirect mais significatif, car il influence divers aspects de l'économie

nationale. Les flux d'IDE peuvent impacter positivement ou négativement le pouvoir d'achat en fonction de leur impact sur l'emploi et les revenus. Les IDE favorisent la croissance économique en augmentant la production nationale, en créant des emplois et en améliorant les infrastructures. Ces effets stimulent les revenus des ménages et augmentent ainsi leur pouvoir d'achat (Mohammed, 2023). Dans ce sens, d'après une étude (Bouyacoub, 2017) couvrant la période 2000-2015, les IDE ont eu un impact positif significatif sur la croissance économique en Algérie. Car ils soutiennent le développement durable en favorisant des secteurs non liés aux hydrocarbures. Cette croissance, à son tour, améliore les conditions de vie des ménages et leur capacité à consommer.

Les IDE, en particulier dans les secteurs manufacturiers et technologiques, génèrent des opportunités d'emploi. Les salaires versés par les entreprises étrangères contribuent directement à l'amélioration du pouvoir d'achat des travailleurs locaux. En effet, des collaborations avec des entreprises comme Renault et Siemens ont permis de créer des emplois dans des secteurs stratégiques et d'augmenter les revenus des ménages (Hamza & Almi, 2025).

Les déterminants externes du pouvoir d'achat en Algérie sont étroitement liés à la dépendance de l'économie aux hydrocarbures, aux fluctuations des taux de change et à l'inflation importée. Ces facteurs, combinés à une gestion économique parfois inefficace, limitent la capacité des ménages à maintenir leur niveau de vie.

Pour conclure, le pouvoir d'achat en Algérie est un indicateur complexe, façonné par une interaction de facteurs économiques, structurels et externes. Sur le plan économique, si l'évolution des salaires, notamment via les ajustements du SNMG, et les transferts sociaux (subventions alimentaires, énergétiques, allocations) tentent de soutenir le revenu des ménages, la persistance des disparités salariales et la dépendance des budgets sociaux aux recettes d'hydrocarbures révèlent une fragilité sous-jacente. L'inflation, atteignant des niveaux préoccupants comme les 6,4% de 2024, demeure un défi majeur, érodant la valeur réelle des revenus et augmentant le coût de la vie, en particulier pour les produits de première nécessité. Cette pression inflationniste est exacerbée par la forte dépendance du pays aux importations et aux fluctuations des prix mondiaux. Structurellement, le marché du travail algérien est marqué par un taux de chômage élevé et une prédominance de l'emploi informel, contribuant à la précarité et limitant l'accès à des revenus stables et protégés. Parallèlement, la dépendance quasi-exclusive de l'économie aux hydrocarbures rend le pays extrêmement

vulnérable aux chocs pétroliers, qui se traduisent par des contraintes budgétaires, une réduction potentielle des subventions et une instabilité macroéconomique. Enfin, les facteurs externes comme la dévaluation continue du dinar face aux devises étrangères amplifient l'inflation importée, rendant les biens et services plus coûteux. Les investissements directs étrangers, bien que prometteurs pour la diversification économique et la création d'emplois, nécessitent un environnement plus attractif pour maximiser leur impact.

Une amélioration durable du pouvoir d'achat en Algérie exige une approche holistique, combinant des réformes structurelles profondes, une diversification économique active loin des hydrocarbures, un renforcement de la protection sociale avec un ciblage plus efficace des aides, et une gestion macroéconomique prudente pour maîtriser l'inflation et stabiliser le dinar. Ces mesures sont indispensables pour construire une économie plus résiliente et garantir une meilleure qualité de vie aux citoyens algériens sur le long terme.

Pour renforcer l'impact de la politique fiscale sur le pouvoir d'achat, des réformes structurelles sont nécessaires. Cela inclut un meilleur ciblage des subventions pour les ménages à faible revenu, une diversification économique pour réduire la dépendance aux hydrocarbures, et une réforme du système fiscal pour accroître l'équité et l'efficacité (Chibi, Chekouri, & Benbouziane, 2019). Par ailleurs, une coordination accrue entre la politique fiscale et la politique monétaire pourrait contribuer à stabiliser l'inflation et à renforcer le pouvoir d'achat à long terme (Daoudi, 2023).

Des réformes plus profondes sont nécessaires pour garantir une amélioration durable du niveau de vie des ménages. La diversification économique et une meilleure gestion des ressources fiscales sont des priorités pour renforcer l'impact de la politique fiscale sur le pouvoir d'achat. Pour stabiliser le pouvoir d'achat et réduire la vulnérabilité économique, il est essentiel de diversifier l'économie, de réformer les politiques sociales et de renforcer les infrastructures. Ces efforts permettront à l'Algérie de construire une économie plus résiliente et de garantir un niveau de vie durable pour ses citoyens.

Section 02 : L'évolution du pouvoir d'achat en Algérie

L'évolution du pouvoir d'achat en Algérie est un sujet central dans les débats économiques et sociaux, car elle reflète directement la capacité des ménages à maintenir leur niveau de vie face aux fluctuations économiques. En tant que mesure de la quantité de biens

et services qu'un revenu donné peut acquérir, le pouvoir d'achat est influencé par une multitude de facteurs, notamment les revenus des ménages, les politiques publiques, l'inflation, et les dynamiques du marché du travail. Dans le contexte algérien, cette évolution est particulièrement marquée par les spécificités d'une économie fortement dépendante des hydrocarbures, où les chocs pétroliers, les crises économiques mondiales et les ajustements structurels ont joué un rôle déterminant. Comprendre l'évolution du pouvoir d'achat au fil des années permet non seulement d'analyser les tendances économiques, mais aussi d'évaluer l'impact des politiques publiques sur le bien-être des citoyens.

Cette section se propose d'explorer les différentes phases de l'évolution du pouvoir d'achat en Algérie, en mettant en lumière les périodes de croissance, de stagnation et de recul. Elle examine les facteurs internes, tels que les ajustements du salaire minimum garanti (SNMG), les transferts sociaux, et les politiques de subventions, ainsi que les facteurs externes comme les fluctuations des prix des hydrocarbures et les crises économiques mondiales. L'analyse historique mettra en évidence les périodes de prospérité où les revenus des ménages ont augmenté grâce à une aisance financière liée aux recettes pétrolières, mais aussi les périodes de crise où l'inflation galopante et la dévaluation du dinar ont érodé le pouvoir d'achat des citoyens. À travers cette analyse, l'objectif est de fournir une vision globale et détaillée de l'évolution du pouvoir d'achat en Algérie, tout en identifiant les principaux défis et opportunités pour l'avenir. En examinant les tendances historiques et les dynamiques actuelles, cette section vise à éclairer les enjeux économiques et sociaux liés au pouvoir d'achat, tout en offrant des pistes de réflexion pour des politiques publiques adaptées. Une telle approche est essentielle pour garantir une amélioration durable du niveau de vie des ménages algériens, tout en favorisant la stabilité sociale et le développement économique du pays.

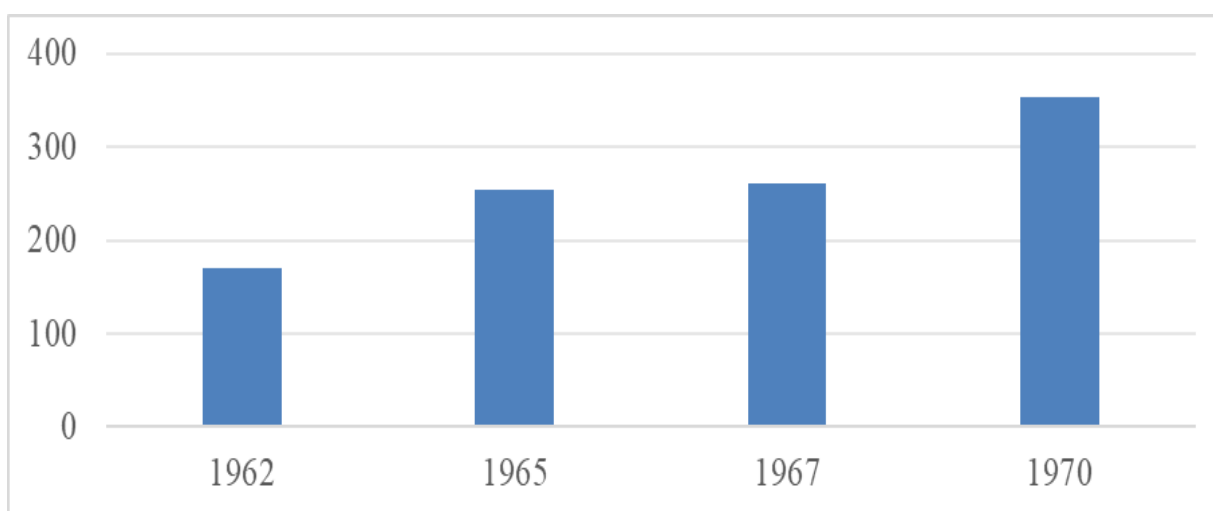
L'évolution du pouvoir d'achat en Algérie est intimement liée aux transformations économiques, sociales et politiques depuis l'indépendance en 1962. Chaque période historique a été marquée par des dynamiques spécifiques, influencées par les politiques publiques, les fluctuations des prix des hydrocarbures, les crises économiques mondiales et les réformes structurelles. Ces phases permettent de mieux comprendre les variations du niveau de vie des ménages algériens et les défis auxquels ils ont été confrontés.

2.1. La période de l'après indépendance (1962-1970)

La période allant de 1962 à 1970 en Algérie est marquée par des transformations économiques et sociales majeures, directement liées à l'indépendance du pays et à la mise en

place de nouvelles politiques économiques. C'est la période de construction et de réparation de l'après-guerre. Ces changements ont un impact significatif sur le pouvoir d'achat des ménages. Après l'indépendance en 1962, le pouvoir d'achat des Algériens a connu une augmentation notable attribuée à la redistribution des ressources et à la mise en place de politiques visant à améliorer les conditions de vie des citoyens. Le taux de croissance annuel moyen des ressources brutes des ménages a augmenté, ce qui reflète une amélioration du niveau de vie. Entre 1962 et 1970, l'Algérie a nationalisé plusieurs secteurs stratégiques, notamment les hydrocarbures et les banques, ce qui a permis de redistribuer les richesses et de soutenir les revenus des ménages (Hasna, 2020).

Figure n°7 : Le PIB par habitant en Algérie (1962-1970) en USD

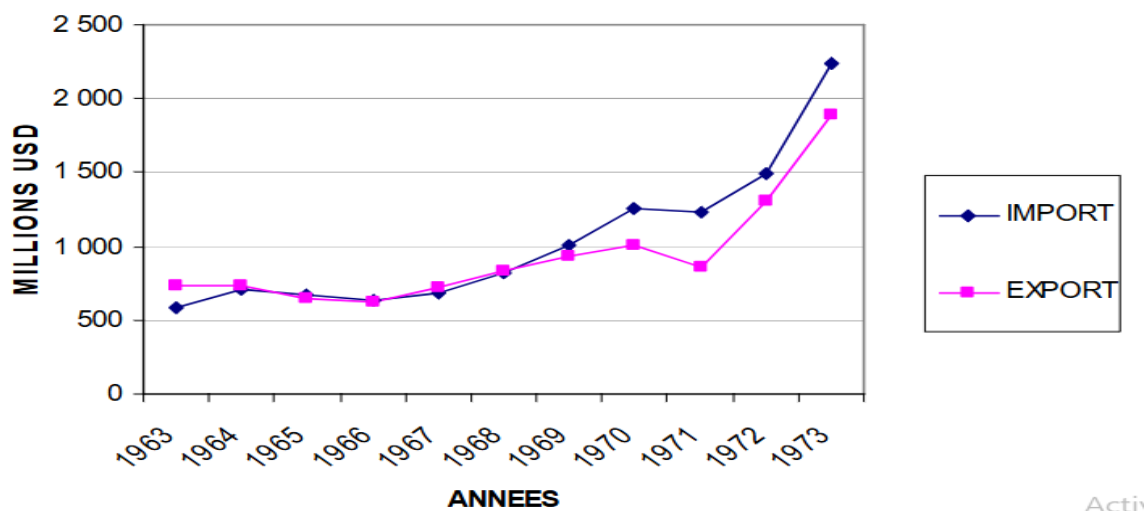


Source: (BM, 2025)

L'autogestion, initiée en 1962-1963, a permis aux travailleurs de gérer directement certaines entreprises, ce qui a contribué à stabiliser les salaires et à améliorer le pouvoir d'achat. En 1962, la Banque Centrale d'Algérie a été établie, marquant le début de la construction d'un système financier national. Cela a permis de mieux contrôler l'économie et de stabiliser les prix.

Le Trésor public a joué un rôle clé dans la gestion des finances publiques en soutenant les subventions et les programmes sociaux qui ont directement impacté le pouvoir d'achat. Bien que les politiques aient visé à stabiliser les prix, l'inflation a parfois réduit la valeur réelle des revenus des ménages. En 1970, les achats de biens alimentaires représentaient une part importante des importations, ce qui reflète une dépendance aux produits étrangers et une pression sur les prix locaux (Mutin, 1997).

Figure n°8 : Le commerce extérieur de l'Algérie (1963 à 1973)



Source: (Ministère des finances, 2010)

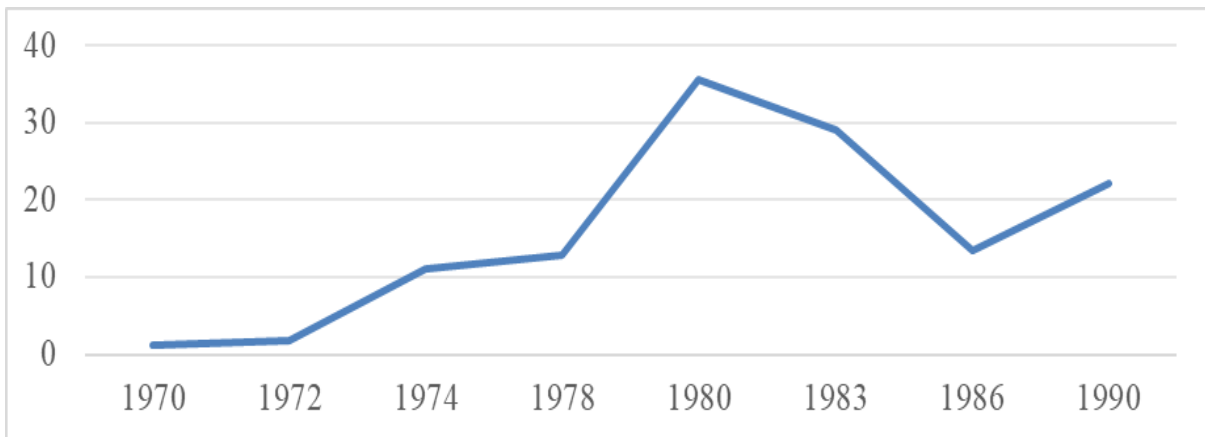
Entre 1962 et 1970, le pouvoir d'achat en Algérie a globalement augmenté grâce à des politiques économiques redistributives, la nationalisation des secteurs clés et la mise en place d'institutions financières (Bedjaoui, 2013). Cependant, des défis tels que l'inflation et la dépendance aux importations alimentaires ont limité ces progrès. Cette période reste une étape importante dans la construction économique et sociale du pays.

2.2. La période socialiste et les chocs pétroliers (années 1970 - fin 1980)

Après l'indépendance en 1962, l'Algérie a adopté un modèle économique socialiste, avec la nationalisation des secteurs clés, notamment les hydrocarbures. L'Etat a donné la priorité à l'industrialisation reposant sur le schéma des industries industrialisantes. Cela a permis une redistribution des richesses, mais a également conduit à une bureaucratisation et une gestion inefficace des ressources. Le choix des industries motrices s'est fait en fonction des ressources naturelles du pays. Le contre choc pétrolier des années 1970 a augmenté les revenus de l'État et a permis le financement de cette politique.

Dans ce sens, l'effort d'investissement consenti par l'Etat est impressionnant. L'enveloppe accordée aux investissements a été en constante augmentation, passant de 12 Milliard de Da durant le premier plan triennal (1967-1969) à 550 milliard lors du deuxième plan quinquennal (1985-1989). Ces chiffres confirment la priorité donnée à la promotion de l'emploi, l'indépendance économique, l'équilibre régional et la satisfaction des besoins sociaux de la population (Sadi, 2005).

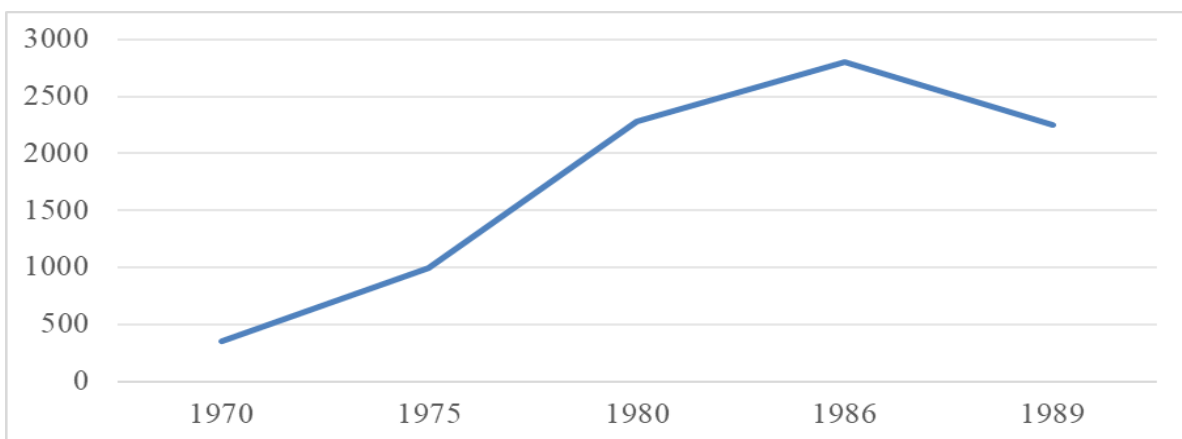
Figure n°9 : Le prix du baril de pétrole (1970-1990) en USD



Source: (FMI, 2025)

La rente pétrolière a évolué de 0,2 milliard de dollars en 1970 à 12,5 milliard de dollars en 1980 (Mutin, 1997). Les revenus pétroliers ont permis une augmentation du pouvoir d'achat, soutenue par des subventions sur les produits de base et des augmentations salariales dans le secteur public. Les Algériens ont pu bénéficier d'un accès accru à des biens et services et d'un pouvoir d'achat très élevé. D'ailleurs, la gratuité des soins exclusivement publics a été instaurée en 1973, marquant l'accès aux soins de santé comme un droit institutionnel fondamental. C'est ainsi que le PIB par habitant est passé de 114 633 Da en 1970 (dinar constant) à 162 345 Da en 1985, soit une hausse de 41,6%. Mais la dépendance aux hydrocarbures a rendu l'économie vulnérable aux fluctuations des prix mondiaux (Dib & Kadid, 2023). Dans ce sens, à partir de 1980 la situation a commencé à se détériorer. La chute des prix du pétrole a entraîné une contraction des revenus de l'État, ce qui a conduit à des mesures d'austérité.

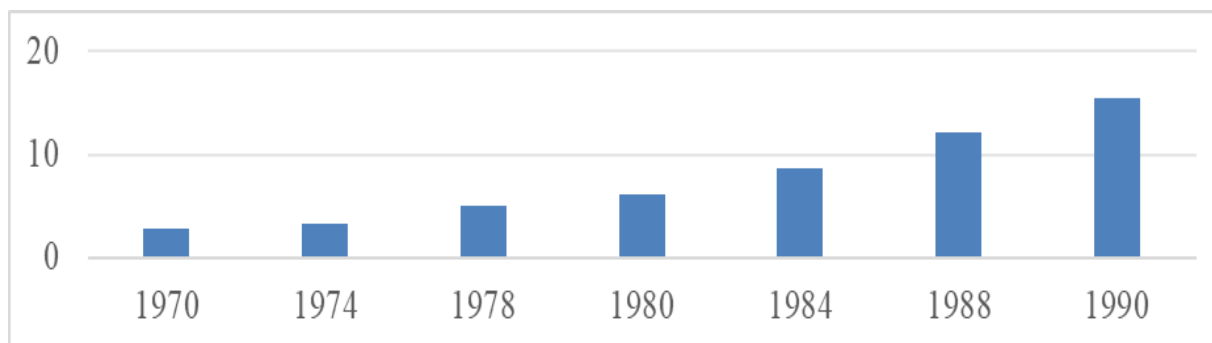
Figure n°10 : Le PIB par habitant (1970-1989) en Algérie (USD)



Source: (BM, 2025)

La rente pétrolière est passée de 9,8 milliards de dollars en 1985 à 5,8 milliards \$ en 1986, simultanément avec une croissance démographique incontrôlée passant de 13,7 millions d'habitants en 1970 à 24,7 millions en 1989 (BM, 2025), ce qui exigeait un investissement social considérable tant dans le système de santé que dans l'éducatif.

Figure n°11 : L'IPC en Algérie (1970-1990) (base 2010=100)



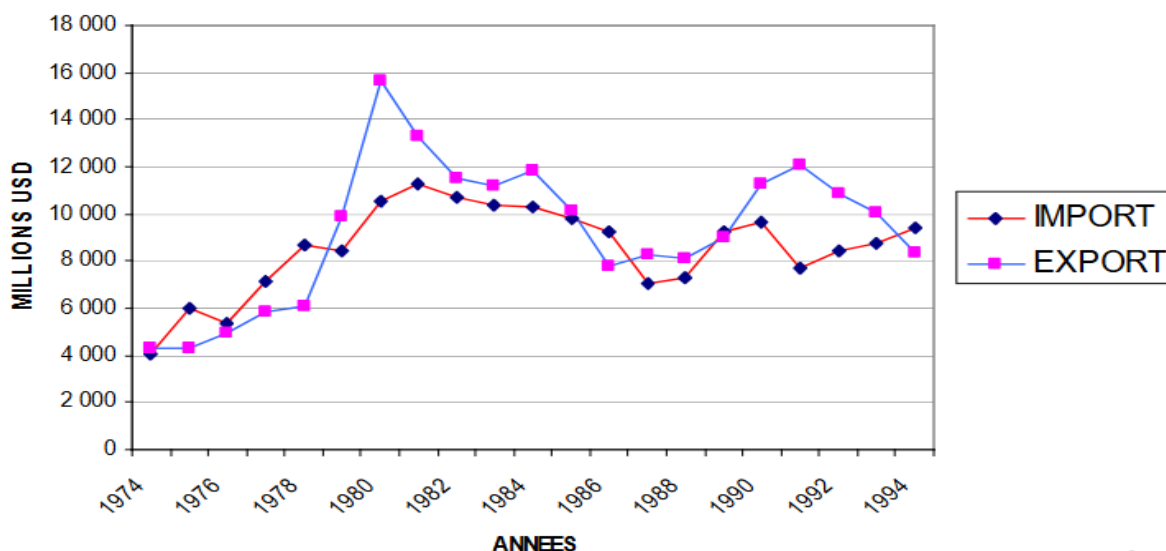
Source: (Banque d'Algérie, 2025)

L'inflation a commencé à grimper et à éroder le pouvoir d'achat des ménages, en particulier ceux à revenus fixes. L'IPC a connu une augmentation fulgurante de 2,74 en 1970 à 15,52 en 1990. Il a augmenté de 18,25% entre 1970 et 1974, de 90,12 % de 1974 à 1980, de 97,56 % entre 1980 et 1988 et, de 27,5% entre 1988 et 1990. Soit une multiplication par 4,66 durant toute la période 1970-1990. Cette élévation interne est influencée par l'inflation internationale et l'augmentation de la masse monétaire (Chignier, 2009). Le secteur agricole, délaissé au profit de l'industriel, se solde par une production qui stagne ou régresse, ne pouvant faire face aux besoins alimentaires grandissant de la population du pays qui entre inéluctablement dans la dépendance alimentaire. C'est au cours de cette décennie que le pays a importé des quantités massives de biens alimentaires. En effet, en 1970 ses importations qui ne représentaient que 6% des importations totales, étaient passées à 41% en 1980 et à près de 45% en 1989 (Oualikane & Hadjou, 2017).

Les importations de céréales passent au cours de la même période, de 0,6 million de tonnes à 2,5 durant la même période. Face à la crise, le gouvernement a tenté d'engager des réformes économiques, mais celles-ci ont souvent été insuffisantes et mal coordonnées. Les mesures de rigueur financière ont aggravé la situation et ont entraîné une hausse du chômage et une baisse du pouvoir d'achat. Les difficultés économiques ont suscité des mouvements sociaux et des émeutes, reflétant le mécontentement croissant face à la détérioration des

conditions de vie. Les revendications pour une amélioration du pouvoir d'achat se sont intensifiées, notamment avec la montée des tensions politiques.

Figure n°12 : Le commerce extérieur de l'Algérie (1974-1994)



Source: (Ministère des finances, 2010)

La période socialiste et les chocs pétroliers des années 1970 à la fin des années 1980 ont eu des effets contrastés sur le pouvoir d'achat en Algérie. Alors que les premières années ont été marquées par une amélioration grâce aux revenus pétroliers, la fin de cette période a vu une détérioration significative due à la chute des prix du pétrole et à des politiques économiques inadaptées. Cette dynamique a non seulement affecté le pouvoir d'achat, mais a également conduit à des tensions sociales qui ont marqué la fin de cette époque et le commencement d'une période sanglante.

2.3. La décennie du plan d'ajustement structurel et de la crise économique (1990-2000)

La décennie 1990-2000 en Algérie a été marquée par des bouleversements économiques et sociaux majeurs, notamment en raison de l'application du plan d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI, et de la crise économique qui en a découlé. Ces événements ont eu un impact significatif sur le pouvoir d'achat des Algériens.

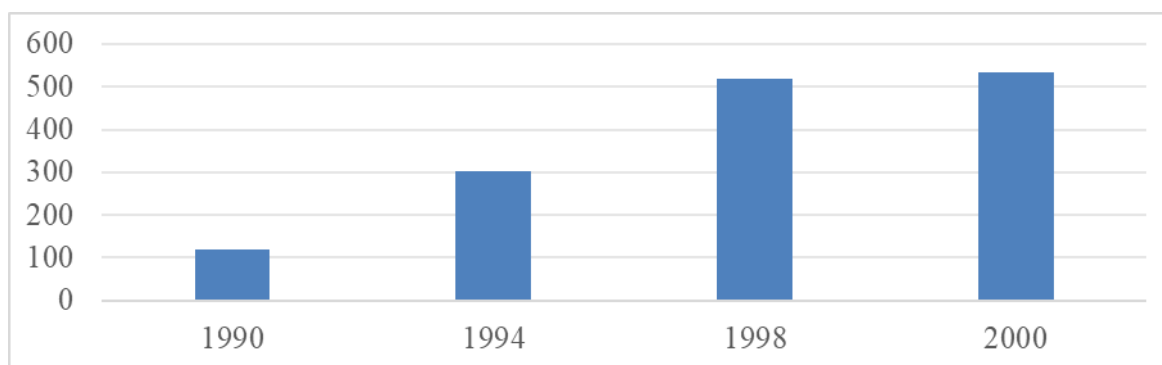
Cette période débute avec une réforme financière décisive, la mise en place de la loi sur la monnaie et le crédit de 1990. Cette loi amendée fixe à la politique monétaire deux objectifs centraux : un interne, à travers la stabilité des prix et un autre externe, via la stabilité des taux de change (Nemouchi, 2009). Cette loi a accompagné le processus de transition de

l'économie algérienne vers une économie de marché et a renforcé les réformes économiques engagées dès 1988 (Talha, 2001). En 1994, l'Algérie a signé un accord avec le FMI pour restructurer sa dette extérieure qui avait atteint 32 milliards de dollars. Ce programme comprenait des mesures drastiques telles que (Djeflat, 1999) :

- la dévaluation du dinar algérien (40 % en 1994).
- la privatisation des entreprises publiques.
- la réduction des dépenses publiques, notamment dans les secteurs sociaux comme l'éducation et la santé.

Ces réformes visaient à stabiliser l'économie, mais elles ont entraîné une contraction de la production industrielle et une montée du chômage (Akalay, 2001). L'inflation a atteint des niveaux records, avec des taux dépassant 30 % au début des années 1990 (31,7 % en 1992). Cela a entraîné une érosion rapide du pouvoir d'achat, particulièrement pour les ménages à revenu fixe (Benzaza, 2022).

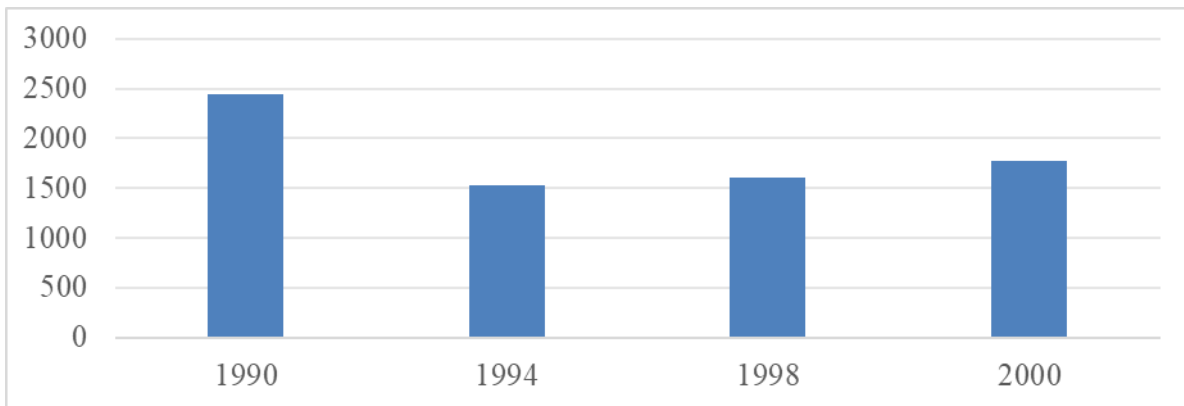
Figure n°13 : L'IPC en Algérie (1990-2000) (base 1989 =100)



Source: (Banque d'Algérie, 2025)

La dévaluation du dinar a réduit la valeur des salaires en termes réels et a augmenté le coût des produits importés, qui constituaient une part importante de la consommation des ménages (Bouladjine & Biraz, 2021). La privatisation et la fermeture des entreprises publiques ont conduit à des licenciements massifs, augmentant le taux de chômage. Cela a aggravé la précarité économique et réduit la capacité des ménages à subvenir à leurs besoins essentiels (Charfi & Ben Driss, 2022). Sans négliger la destruction des infrastructures et l'insécurité qui ont freiné les investissements et la croissance économique. Le PAS a également entraîné une réduction des subventions sur les produits de première nécessité et augmenté encore le coût de la vie (Chikhi, 1994).

Figure n°14 : PIB par habitant (1990-2000) en Algérie (USD)



Source: (BM, 2025)

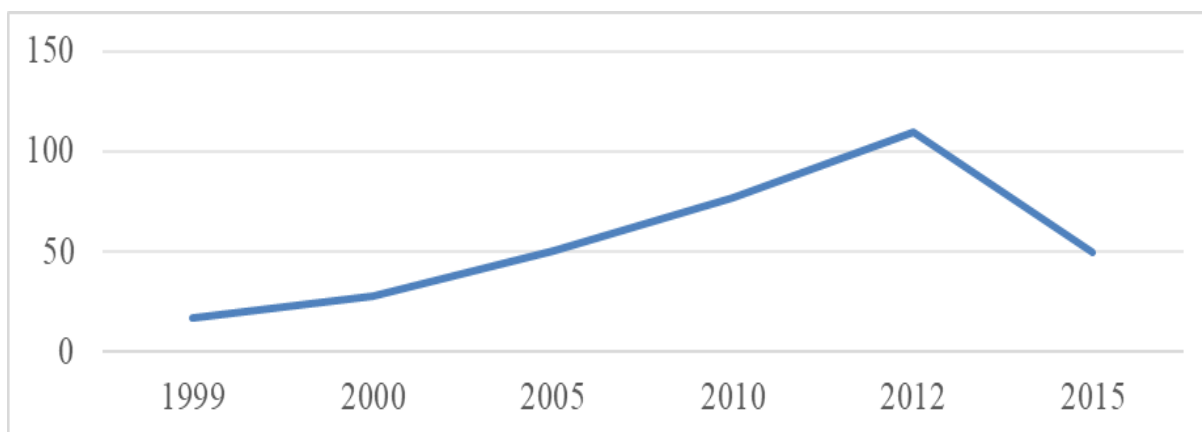
La combinaison de l'inflation, du chômage et de la réduction des dépenses publiques a plongé une grande partie de la population dans la pauvreté. Les inégalités sociales se sont creusées, et les classes moyennes ont été particulièrement touchées. La détérioration des conditions de vie a conduit à des grèves et des manifestations, notamment de la part des travailleurs du secteur public et des jeunes sans emploi (Bouhou, 2009). En effet, le PIB par habitant ajusté à la parité du pouvoir d'achat (PPP) a connu une baisse significative au cours de cette période. En 1994, il a atteint son niveau le plus bas, à 10 414 dollars, reflétant la contraction économique et la perte de pouvoir d'achat des ménages (Ben Nacer, 2002). Bien que le PAS ait permis de stabiliser les finances publiques à court terme, il a eu des effets dévastateurs sur le niveau de vie des Algériens. Le pouvoir d'achat n'a commencé à se redresser qu'après 2000, grâce à la hausse des prix du pétrole et à l'abandon des politiques d'austérité.

La décennie 1990-2000 a été une période de grande précarité économique pour l'Algérie. Les politiques d'ajustement structurel, combinées à la crise politique et sécuritaire, ont entraîné une érosion significative du pouvoir d'achat. Cette période reste un exemple marquant des défis liés à la mise en œuvre de réformes économiques dans un contexte de crise multidimensionnelle.

2.4. Le retour de l'aisance financière et les politiques de relance (années 2000 - 2015)

Entre 2000 et 2015, l'Algérie a connu une période de relative aisance financière grâce à la hausse des prix du pétrole, qui a permis de mettre en œuvre des politiques de relance économique ambitieuses.

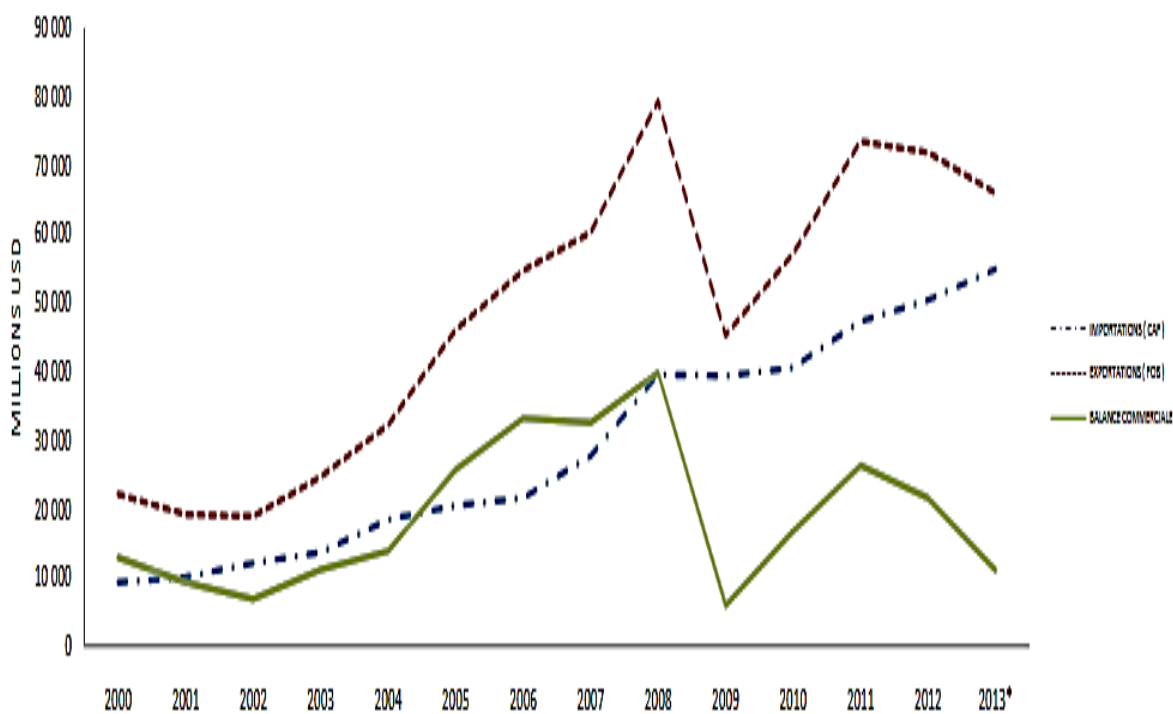
Figure n°15 : Le prix du baril de pétrole (USD)



Source: (FMI, 2025).

Les prix du pétrole ont atteint des niveaux élevés dans les années 2000, générant des excédents financiers importants pour l'Algérie. Les revenus pétroliers représentaient plus de 90 % des exportations et environ 60 % des recettes budgétaires. Ces excédents ont permis au gouvernement de financer des programmes de relance économique et de redistribution sociale (Elagoun, 2021).

Figure n°16 : Le commerce extérieur de l'Algérie (1995-2010)

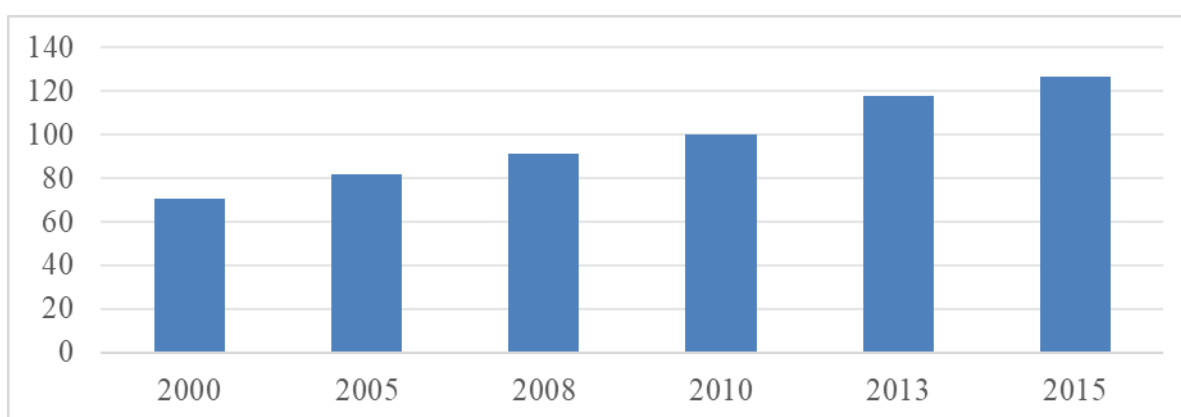


Source: (Direction de la douane, 2025)

L'État a adopté des stratégies keynésiennes, augmentant les dépenses publiques pour stimuler la demande intérieure et soutenir l'économie. Ces politiques incluaient (Djorfi, Mekhnane, & Bounehas, 2022) :

- des investissements massifs dans les infrastructures (routes, logements, hôpitaux),
- une augmentation des salaires dans le secteur public,
- Et des subventions généralisées sur les produits de première nécessité (aliments, carburants).

Figure n°17 : L'IPC en Algérie (2000-2015) (base 2010=100)



Source: (Banque d'Algérie, 2025)

Les politiques de redistribution, telles que les augmentations salariales et les subventions, ont permis une amélioration du pouvoir d'achat pour une grande partie de la population, notamment les classes moyennes et les travailleurs du secteur public.

Figure n°18 : Le PIB par habitant en Algérie (2000-2015)



Source: (BM, 2025).

Les subventions sur les produits alimentaires et énergétiques ont limité l'impact de l'inflation sur les ménages. Malgré ces améliorations, le pouvoir d'achat est resté vulnérable aux fluctuations des prix du pétrole. La dépendance excessive aux revenus pétroliers a limité la durabilité des politiques de relance (Naoum & Miloudi, 2025).

À partir de 2010, des tensions inflationnistes ont émergé, en partie dues à une augmentation des salaires sous pression sociale et à une demande intérieure croissante. Cela a réduit les gains réels du pouvoir d'achat pour certains ménages (Kaci, 2021). Les investissements publics ont stimulé la croissance économique, mais celle-ci est restée largement dépendante des hydrocarbures. Le PIB par habitant ajusté à la parité du pouvoir d'achat (PPP) a connu une augmentation, atteignant 15 511 dollars en 2016, mais cette croissance était fragile et liée aux revenus pétroliers.

Les politiques de relance ont bénéficié principalement aux travailleurs du secteur public et aux zones urbaines, tandis que les régions rurales et les travailleurs informels ont été moins touchés (Omri & Toumache, 2017). Cela a creusé les inégalités sociales. Dans ce sens, d'après l'ONS, le salaire net moyen en 2016 s'élève à 39 900 da, avec des disparités entre les secteurs, où le public affiche un salaire moyen de 55 700 DA par contre le secteur privé se situe à 32 600 DA dans en 2016 (ONS, 2017). Les salaires nets moyens mensuels sont plus élevés dans les industries extractives et les activités financières avec respectivement 102 000 DA et 59 700 DA, soit 2,6 et 1,5 fois le salaire net moyen global. Malgré les investissements, l'économie algérienne est restée peu diversifiée, ce qui a limité les opportunités d'emploi et la résilience économique face aux chocs extérieurs (Mezouaghi, 2015).

Entre 2000 et 2015, le pouvoir d'achat en Algérie a bénéficié des politiques de relance financées par les revenus pétroliers. Cependant, cette amélioration était fragile et dépendante des hydrocarbures. La chute des prix du pétrole en 2014 a révélé les limites de ces politiques, souligné la nécessité de diversifier l'économie pour garantir une croissance durable et protéger le pouvoir d'achat des ménages.

2.5. La période post-choc pétrolier et les défis actuels (2015-2025)

La période 2015-2025 en Algérie a été marquée par des bouleversements économiques majeurs, principalement dus au contre-choc pétrolier de 2014, qui a révélé la vulnérabilité structurelle de l'économie. Cette décennie a vu une détérioration du pouvoir d'achat des ménages, exacerbée par des défis économiques, sociaux et institutionnels persistants.

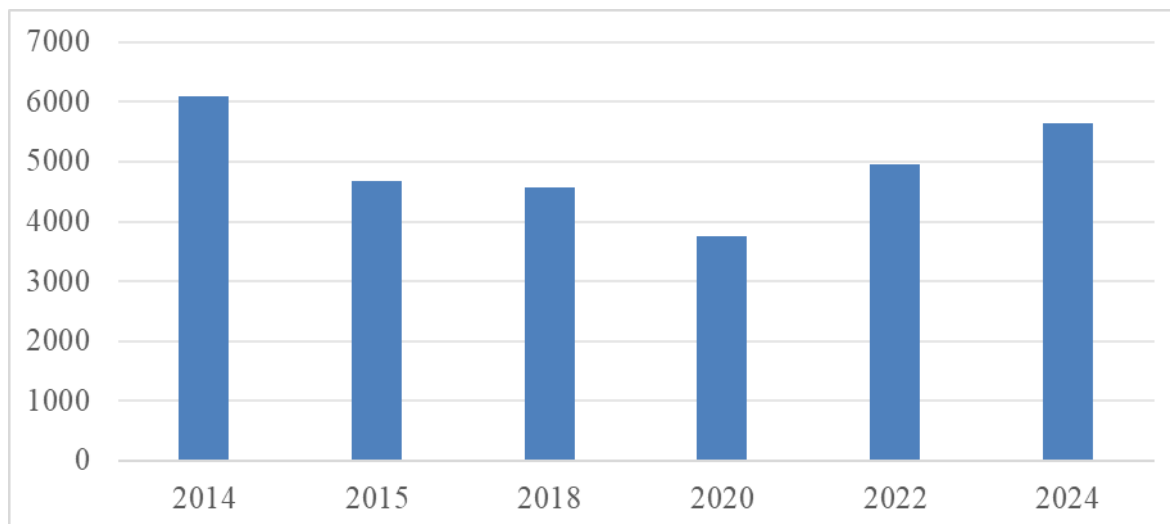
En 2014, les prix du pétrole ont chuté de plus de 70 %, passant de plus de 100USD à environ 30USD le baril en 2016. Cette baisse brutale a réduit les revenus pétroliers, qui représentaient 90 % des exportations et 47 % des recettes fiscales de l'Algérie (Chigara, 2020). Les réserves de change ont chuté drastiquement, passant de 194 milliards USD en 2013 à 61,5 milliards USD fin 2020, limitant la capacité de l'État à financer les subventions et les dépenses publiques. Le solde global de la balance des paiements a enregistré un déficit de 27,54 milliards de dollars (contre un déficit de 5,88 milliards de dollars en 2014). En contexte d'accroissement des dépenses publiques, elles sont passées de 6995,7 milliards de dinars en 2014 à 7656,3 milliards de dinars en 2015, soit une hausse de 9,4 %.

Le déficit du solde global du Trésor a atteint 2621,7 milliards de dinars, soit 15,8 % du PIB, un record historique, contre 8 % en 2014 (Banque d'Algérie, 2017). La dévaluation du dinar algérien a aggravé l'inflation importée, augmentant le coût des produits de base. L'inflation a atteint des niveaux élevés et a fragilisé le pouvoir d'achat des ménages, notamment des classes moyennes et populaires (Kesri & Kerma, 2023). L'État a adopté des politiques budgétaires expansionnistes pour maintenir la paix sociale, notamment via des subventions généralisées et des transferts sociaux. Cependant, ces mesures ont creusé le déficit budgétaire et atteint 13,9 % du PIB en 2024 (FMI, 2025), et on prévoit notamment une augmentation du produit intérieur brut (PIB) de 4,4 % en 2025, en même temps que le déficit projeté (le plus important de l'histoire du pays) à 62 milliards de dollars, soit 21,8 % du PIB (FMI, 2025). Ce déficit reflète une dépendance persistante aux revenus pétroliers, combinée à des dépenses publiques élevées. La dette publique est imposante, elle représente 52,7 % du PIB, alimentée par l'augmentation des importations et l'absence de diversification économique (Vallée, 2025). Pour faire face, les grands projets d'infrastructure ont été ralentis ou gelés, et le recrutement dans la fonction publique a été limité pour contenir les dépenses publiques (BM, 2024).

Le chômage, en particulier chez les jeunes, a atteint des niveaux alarmants, avec un taux de 30,8 % en 2024. Environ 39 % de la main-d'œuvre opère dans le secteur informel, ce qui limite l'accès à des revenus stables et à la protection sociale. Les tensions sociales se sont accrues, alimentées par la baisse du pouvoir d'achat et les inégalités économiques croissantes. L'inflation est restée élevée, autour de 6,4 % en 2024, en raison de la dépréciation continue du dinar et de la dépendance aux importations pour les produits de base. Les subventions généralisées, bien qu'elles aient atténué certains impacts, ont été

critiquées pour leur inefficacité et leur manque de ciblage, bénéficiant souvent aux ménages les plus aisés.

Figure n°19 : Le PIB par habitant (2014-2024) en Algérie (USD)

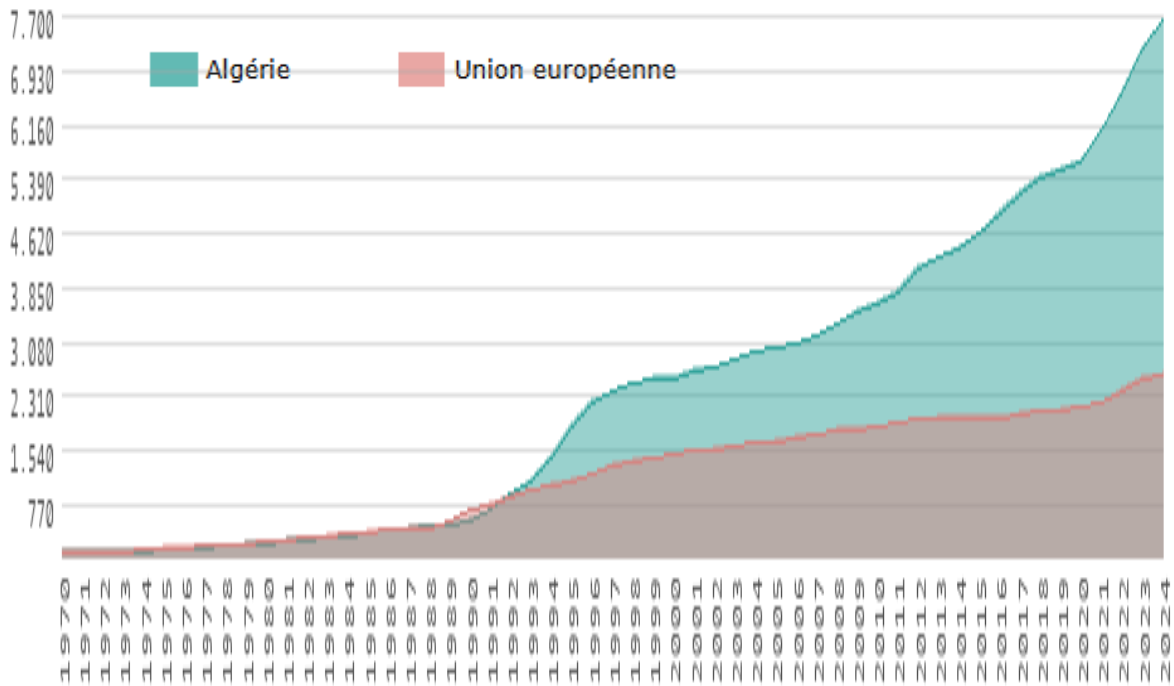


Source: (BM, 2025)

Le PIB par habitant a connu une forte baisse sous l'effet des récentes crises économiques, et n'a pas encore repris son niveau d'avant cette crise. L'inflation a fortement diminué, passant d'une moyenne annuelle de 9,3 % en 2023 à 6,4 % en 2024, principalement sous l'effet d'une progression plus faible des prix des denrées alimentaires, au cours des cinq dernières années, le taux d'inflation a été en moyenne de 6,7%. En cumulé, il était de 38,1%. En revanche, dans l'UE, le taux moyen sur la même période était de 4,4% et le taux cumulé de 23,5%. Quant à l'IPC, il est passé de 172,65 en 2015 à 281,4 en 2024, d'après la Banque d'Algérie (base 2001=100), soit une hausse de 63%.

La guerre en Ukraine a temporairement soutenu les prix des hydrocarbures, qui ont augmenté les revenus de l'État. Cependant, cette amélioration reste fragile et dépendante des marchés internationaux. D'ailleurs, l'activité économique s'est ralentie, de 4,1 % en 2023 à 3,6 % en 2024, sous l'effet de la baisse de la production décidée par les pays de l'OPEP.

Figure n°20 : L'inflation en Algérie depuis 1970 par rapport à l'UE



Source: (FMI, 2025)

L'économie algérienne reste fortement dépendante des hydrocarbures, qui représentent toujours plus de 90 % des exportations. Cette dépendance expose le pays aux fluctuations des prix du pétrole et du gaz, limitant sa résilience économique (FMI, 2025). En outre, la transition énergétique mondiale, notamment en Europe, principal client de l'Algérie, réduit la demande de gaz naturel. Cela menace les revenus futurs du pays et complique la planification économique à long terme. L'absence d'une stratégie claire pour intégrer les énergies renouvelables et diversifier les exportations limite les opportunités de croissance durable.

Entre 2015 et 2025, le pouvoir d'achat en Algérie a été fortement affecté par les chocs pétroliers, l'inflation et la stagnation économique. Bien que des revenus pétroliers élevés aient permis de maintenir certaines politiques sociales, l'absence de réformes structurelles a limité les progrès. Les défis actuels, notamment la transition énergétique mondiale et la pression sociale croissante, nécessitent des réformes urgentes pour garantir une amélioration durable du niveau de vie des Algériens.

En conclusion, l'évolution du pouvoir d'achat en Algérie révèle une trajectoire complexe, marquée par une érosion progressive sur le long terme, malgré des interventions étatiques visant à préserver le niveau de vie des habitants. Dès les années 1980 et surtout

avec les plans d'ajustement structurel des années 1990, l'économie algérienne, mono-rentière et dépendante des hydrocarbures, a connu des réformes qui, si elles ont parfois ouvert le marché, se sont souvent traduites par une baisse significative du pouvoir d'achat pour une grande partie de la population. L'inflation, la dévaluation du dinar et la dépendance aux importations ont constamment pesé sur les salaires réels, même lorsque les revenus nominaux augmentaient. Bien que les transferts sociaux et les subventions aient joué un rôle crucial dans le soutien du pouvoir d'achat, notamment pour les ménages à faibles revenus, leur impact reste mitigé et ils bénéficient souvent de manière disproportionnée aux catégories socio-économiques plus aisées, sans redresser les problèmes structurels de l'économie. La période récente continue de mettre en évidence la nécessité de réformes plus profondes. Les tentatives de diversification économique, si elles commencent à montrer des signes positifs dans les exportations hors hydrocarbures, sont encore insuffisantes pour transformer structurellement l'économie et réduire la vulnérabilité du pouvoir d'achat face aux chocs externes et à l'inflation persistante. Une analyse solide doit donc dépasser les simples augmentations de revenus nominaux et considérer l'impact réel du coût de la vie et de la distribution des richesses, qui témoignent d'une détérioration durable des standards de vie pour de nombreux Algériens.

Section 03 : Politiques publiques et perspectives pour améliorer le pouvoir d'achat

Le pouvoir d'achat des ménages est un indicateur clé de la santé économique d'un pays, il reflète la capacité des citoyens à acquérir des biens et services essentiels, notamment alimentaires et sanitaires. En Algérie, cette question est devenue particulièrement pressante dans le contexte des défis économiques récents, marqués par une inflation persistante, une dépendance aux hydrocarbures, et des inégalités croissantes. Les politiques publiques jouent un rôle crucial dans la préservation et l'amélioration du pouvoir d'achat en influençant directement les revenus, les prix et les conditions de vie des citoyens.

Au cours des dernières années, le gouvernement algérien a mis en œuvre diverses mesures pour tenter de stabiliser le pouvoir d'achat, notamment par le biais de subventions sur les produits de première nécessité, d'augmentations salariales et de transferts sociaux. Cependant, ces initiatives doivent être accompagnées d'une réflexion plus large sur la

diversification de l'économie, la réduction de la dépendance aux importations et l'amélioration de la productivité nationale.

Les perspectives d'amélioration du pouvoir d'achat reposent également sur la nécessité d'engager des réformes structurelles profondes. Cela inclut la modernisation des secteurs économiques, l'encouragement des investissements directs étrangers et la mise en place d'un cadre fiscal équitable qui favorise la croissance tout en protégeant les plus vulnérables. En outre, la gestion de l'inflation et la stabilisation de la monnaie nationale sont des éléments essentiels pour garantir que les augmentations de salaires et les subventions se traduisent par une réelle amélioration du pouvoir d'achat.

Afin de soutenir le pouvoir d'achat des ménages, l'Etat algérien a mis en place deux mécanismes de soutien, qui se traduisent par les dispositifs d'aide et des transferts sociaux. Scindés entre les « subventions directes puisées du budget de l'Etat, ils comprennent essentiellement les transferts sociaux », d'une part, et les « subventions indirectes consistant en recettes non recouvrées auxquelles l'Etat renonce sous forme d'incitations fiscales, d'avantages commerciaux et de subventions sur les prix des produits énergétiques », d'autre part. Le total des subventions publiques (directes et indirectes) est passé de 3900 milliards de dinars en 2018 à 5131 milliards de dinars en 2021. Les subventions en 2021 représentaient 23% du PIB, est les subventions généralisées s'élevaient à 62% du total de ces subventions (près de 3181 milliards de dinars).

Dans cette section, nous examinerons les politiques publiques actuelles mises en œuvre pour améliorer le pouvoir d'achat en Algérie, ainsi que les perspectives futures qui pourraient contribuer à renforcer la capacité des ménages à faire face aux défis économiques. Nous analyserons également les obstacles à surmonter et les opportunités à saisir pour construire un avenir économique plus stable et équitable pour tous les Algériens.

3.1. Politiques publiques de soutien direct

Face aux défis structurels tels que la dépendance aux hydrocarbures, l'inflation et les inégalités sociales, le gouvernement algérien a mis en place plusieurs politiques publiques visant à soutenir directement les citoyens. Ces mesures incluent des augmentations salariales, des subventions ciblées, des exonérations fiscales, ainsi que des programmes sociaux et économiques. Ces initiatives reflètent une volonté de préserver le niveau de vie des ménages tout en répondant aux pressions économiques internes et externes.

3.1.1. Les subventions publiques généralisées (soutien à la consommation des produits de base)

En Algérie, les subventions sur les produits de base ont longtemps été un pilier central de la politique sociale et économique. Elles visent à garantir l'accès des ménages, notamment les plus modestes, à des produits essentiels à des prix abordables. Parmi les produits subventionnés figurent :

➤ **Le pain et la farine :**

La farine de panification et le pain sont des produits alimentaires essentiels qui bénéficient d'un système de subventions étatique visant à maintenir des prix bas et uniformes à travers tout le pays. Le prix du pain ordinaire est fixé par le décret exécutif n° 96-132, en vigueur depuis 1996. Actuellement, une baguette de pain ordinaire de 250 grammes est vendue à 7,50 dinars, bien que dans la pratique, elle soit souvent proposée à 10 dinars (APS, 2022). Les subventions garantissent que les prix de la farine de panification et du pain restent constants dans toutes les régions du pays, indépendamment des disparités économiques locales (Bekkis, Benmehia, & Kaci, 2022). Le pain est l'aliment de base le plus consommé en Algérie, c'est pour cela que l'Etat importe 7 millions de tonnes chaque année (ADLI, 2004).

➤ **Le lait pasteurisé en sachet**

Le lait pasteurisé en sachet est un produit subventionné en Algérie depuis 2001, bénéficiant d'un soutien financier conséquent de l'État pour maintenir son prix accessible à la population (Décret exécutif n° 01-50, 2001). La production de lait subventionné est assurée par des laiteries publiques et privées. Actuellement, le prix de vente au consommateur est fixé à 25 dinars par litre, grâce à une subvention de 44 dinars par litre, prise en charge par l'État. Ce soutien permet de réduire l'écart entre le coût de production et le prix final et de rendre ce produit essentiel abordable pour les ménages algériens. Ce produit est subventionné à hauteur de 40 milliards de dinars par an, en plus des aides pour l'importation de lait en poudre. En 2022, l'Etat a importé 180 000 tonnes de poudre de lait destiné à la production de ce lait en sachet subventionné. Afin de sortir de la dépendance à l'étranger pour ce produit, l'Etat a mis en place des mesures incitatives pour favoriser la production locale de lait frais, avec l'arrêté interministériel publié au Journal officiel n°27, signé le 6 avril 2025 par les ministres de l'Agriculture, des Finances et du Commerce, visant à encadrer l'utilisation du lait cru local dans la fabrication du lait subventionné. La production du lait

de vache en sachet a fourni 68 millions de litres. En effet, le gouvernement a réduit la dépendance à la poudre de lait importée et a ainsi économisé plus de 17 millions de dollars en 2025 (APS, 2025). La subvention s'adresse principalement aux éleveurs de vaches laitières, aux collecteurs de lait et aux laiteries, avec la couverture vétérinaire, pour un soutien annuel de plus de 18 milliards de dinars (APS, 2022).

Le maintien d'un prix bas pour ce produit de base contribue à préserver le pouvoir d'achat des ménages et à éviter les tensions sociales liées à l'augmentation du coût de la vie. La commercialisation du lait subventionné est réservée exclusivement aux ménages. Son utilisation à des fins commerciales est strictement interdite (APS, 2022)..

➤ **L'huile de table et le sucre blanc**

En Algérie, l'huile de table et le sucre font partie des produits de base bénéficiant de subventions importantes de l'État pour limiter leur coût et préserver le pouvoir d'achat des citoyens, depuis 2011. Un décret a été promulgué en 2011 (Décret exécutif n° 11-108, 2011) par lequel l'Etat a plafonné les prix de l'huile de table et de sucre blanc raffiné, afin de financer l'écart de prix. Ces subventions s'inscrivent dans une politique sociale visant à garantir l'accessibilité de ces produits essentiels à toutes les couches de la population. Le prix de l'huile est plafonné à 650 dinars pour un bidon de 5 litres, toutes taxes comprises, afin de garantir son accessibilité. Selon les chiffres du ministère du commerce, la valeur des subventions accordées par l'Etat pour maintenir la stabilité des prix de l'huile de table est passée de 852 millions Da en 2019 à 3,205 milliards Da en 2020, puis à 57 milliards Da en 2021, avant d'atteindre 108 milliards Da au cours des 11 premiers mois de 2022 (APS, 2023). Quant au sucre blanc, il est subventionné avec un prix plafonné à 90 dinars par kilo en vrac et 95 dinars par kilo en préemballé.

En 2022, un budget de 35 milliards de dinars a été alloué par l'Etat à la stabilisation des prix du sucre blanc et de l'huile alimentaire raffinée, en vertu d'un décret présidentiel n°22-156 du 12 avril 2022 paru au Journal officiel (n°27). L'État a alloué 120 milliards de dinars pour compenser les prix du sucre et de l'huile alimentaire. Afin de réduire cette facture de subvention, l'Etat a accordé un délai, le 31 décembre 2025, aux importateurs/transformateurs de l'huile brute de soja, soit pour entamer le processus de production de cette matière première, soit pour l'acquérir sur le marché national (article 148 de la loi de finance 2025) (Décret présidentiel n° 22-156, 2022). L'huile de table et le sucre

sont des produits stratégiques dans la politique de subvention en Algérie. Grâce à ces mesures, leurs prix restent accessibles et contribue à la stabilité économique et sociale.

➤ **La semoule et d'autres sous-produits du blé**

En Algérie, la semoule et d'autres sous-produits du blé, comme les pâtes alimentaires et le couscous, bénéficient d'un soutien étatique sous forme de subventions pour garantir leur accessibilité à des prix abordables. Ces produits sont considérés comme des denrées de première nécessité et font partie intégrante de la politique sociale visant à préserver le pouvoir d'achat des citoyens. La subvention de la semoule a été initiée en 2007, par le décret exécutif n°07-402 du 25 décembre 2007 fixant les prix, la production et les différents stades de la distribution des semoules de blé dur (Décret exécutif n°07-402, 2007). Par exemple, un sac de 25 kg de semoule extra de blé dur est plafonné à 1000 dinars, où l'Etat prend en charge la différence du prix et subventionne les minoteries. Par ailleurs, les pâtes alimentaires et le couscous, fabriqués à partir de blé dur, bénéficient également de subventions. Ces produits ne sont pas concernés par les hausses de prix qui touchent d'autres denrées, grâce au soutien de l'État sur leur matière première. La consommation des céréales annuelle moyenne par habitant est estimée à 230 kg/hab (OAIC¹). Toutefois, d'après l'ONS, cette consommation de blé dur (semoule) connaît une tendance au recul, contre une hausse de la consommation de blé tendre. Ce changement d'habitude de consommation renvoie à l'effet de la sédentarité. Or, le groupe des produits céréaliers occupe le premier poste de dépenses consacrées à l'alimentation, soit 17,5% de la consommation totale (ONS, 2011). Les subventions encouragent la production locale de blé dur et de ses dérivés, réduisant ainsi la dépendance aux importations et renforçant la sécurité alimentaire nationale (Lebeche, 2012).

➤ **L'eau potable, l'électricité et le gaz**

En Algérie, l'eau potable, l'électricité et le gaz bénéficient également de subventions importantes de l'État. Ces mesures visent à garantir l'accessibilité de ces services essentiels à des prix abordables pour les citoyens, pour soutenir le pouvoir d'achat et préserver la stabilité sociale.

L'Algérie a opté, dès son indépendance, pour le développement des infrastructures électriques et gazières, et l'accès de la population à l'électricité et au gaz naturel. Les

¹ Office Algérien Interprofessionnel de céréales.

subventions sur l'électricité permettent une réduction significative des factures. La subvention et la consommation d'électricité atteint 65% au profit des familles et des agriculteurs dans la limite de 12.000 KWH par an et 25% au profit des activités économiques dans la limite de 200.000 KWH par an (Ministère de l'énergie, 2025). Depuis 2017, le soutien étatique pour certaines catégories de consommateurs est passé de 50% à 65% de réduction sur les factures d'électricité. Dans ce sens, en 2020 le montant de la subvention de l'Etat aux factures d'électricité s'est élevée à 18,9 milliards Da (APS, 2022), contre près de 18 milliards Da en 2019. Elles ponctionnent des sommes importantes au Trésor public, notamment en raison de la hausse de la consommation électrique, qui a triplé entre 2011 et 2025 (Ministère de l'énergie, 2020). Ces subventions massives ont permis une large diffusion des équipements électroménagers dans les foyers, même les plus modestes et contribué à un confort domestique généralisé.

Depuis le décret exécutif n° 10-21 du 12 janvier 2010 le gaz naturel est subventionné. Le prix de cession à la production de gaz et à la distribution publique est fixé par ce décret à 780 Da/1000m³. Plus de 85% de l'électricité en Algérie est produite à partir du gaz, ce qui entraîne des coûts élevés pour l'État en raison des subventions nécessaires pour maintenir des prix bas. Les subventions au gaz naturel sont également importantes, permettant aux ménages de bénéficier de tarifs bien inférieurs au coût réel de production. Ces subventions visent à garantir l'accès au gaz pour le chauffage, la cuisson et la production d'électricité, tout en soutenant les ménages à faibles revenus. En 2020, la consommation nationale de gaz naturel a atteint près de 50 milliards m³ (Ministère de l'énergie, 2020).

L'eau potable est également subventionnée depuis 2005, ce qui permet de maintenir des prix de vente inférieurs au coût de production. Cela garantit l'accessibilité de ce produit essentiel à tous les citoyens. Les tarifs sont fixés par le Décret exécutif n°05-13 du 09 janvier 2005. Les subventions sur l'eau, comme celles sur l'électricité et le gaz, profitent davantage aux ménages aisés, qui consomment une part disproportionnée des ressources subventionnées. Par exemple, les ménages les plus riches consomment 58% de l'eau subventionnée (20,01% de la population totale), contre une part bien moindre pour les ménages démunis (ONS, 2011). Les subventions sur l'eau potable, l'électricité et le gaz jouent un rôle crucial dans la politique sociale de l'Algérie, en garantissant l'accessibilité de ces produits essentiels. Cependant, leur coût élevé et leur inefficacité dans la réduction des inégalités nécessitent des réformes structurelles pour mieux cibler les ménages vulnérables et assurer la durabilité économique et environnementale du pays.

➤ **Le carburant**

En Algérie, les carburants (essence, gazole, GPL, etc.) bénéficient depuis longtemps de subventions importantes, permettant de maintenir des prix très bas pour les consommateurs. Cependant, ce système, bien qu'il soutienne le pouvoir d'achat, pose des défis économiques, environnementaux et budgétaires. Les prix sont fixés par le décret exécutif n°07-60 du 11 février 2007, et figurent parmi les plus bas au monde, grâce à des subventions massives de l'État (Ministère du commerce, 2025). Ces subventions aux carburants représentent une part importante des dépenses publiques. En effet, en 2021, les subventions énergétiques explicites et implicites ont coûté environ 1450 milliards de DZD (8% du PIB). En 2024, l'Algérie a commencé à supprimer les subventions généralisées sur le gaz naturel pour les industriels, tout en maintenant celles pour les ménages. Cette réforme inclut également des produits comme le propane, le butane, l'essence, le kérosène et le gasoil. L'État a adopté un arrêté le 13 octobre 2024, redéfinissant les règles de tarification du gaz naturel pour les "grands consommateurs" industriels en Algérie, en se basant sur la négociation libre des prix. Cet arrêté établit des seuils de consommation distincts pour chaque période. Ainsi, de 2025 à 2026, la négociation libre s'appliquera aux clients consommant au moins 200 millions de mètres cubes de gaz par an. Ce seuil sera réduit à 100 millions de mètres cubes de 2027 à 2028, puis à 40 millions de mètres cubes à partir de 2029. Cette approche progressive vise à faciliter l'adaptation des acteurs concernés aux nouvelles modalités de tarification (Arrêté du 13 octobre, 2024).

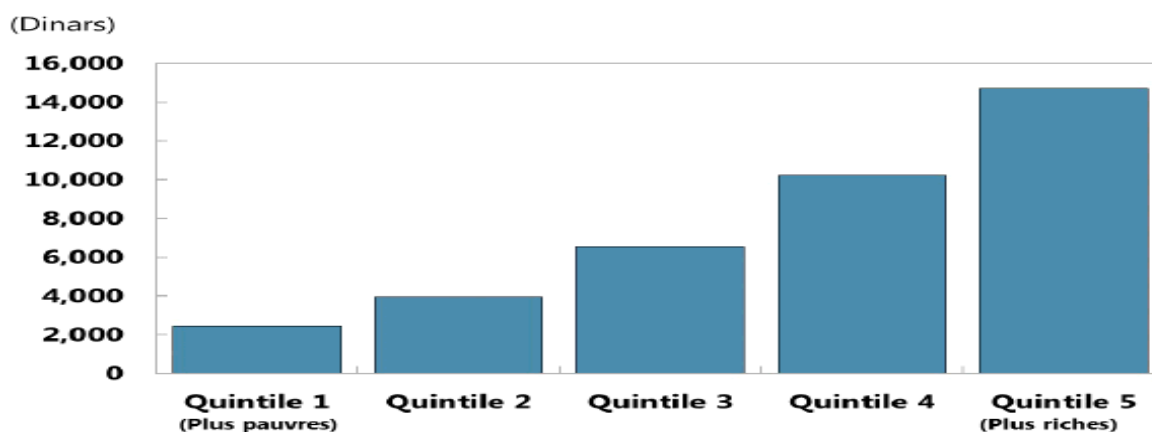
Rien qu'en 2021, le prix moyen de vente du pétrole sur les marchés internationaux était de sept fois supérieur à celui appliqué localement, selon le ministère de l'énergie. Le prix à l'exportation s'élevait à 72,3 dollars/baril, contre 10,27 dollars/baril cédé aux raffineries locales. Il précise que le prix moyen de vente du gaz naturel sur les marchés internationaux était 30 fois supérieur à celui appliqué au niveau local, le prix à l'exportation a atteint 5,8 dollars par unité de mesure du gaz naturel, contre 0,19 dollar localement.

Il faut rappeler que, la baisse des revenus pétroliers a réduit la capacité de l'État à financer des subventions coûteuses, qui représentaient jusqu'à 14 % du PIB en 2015, d'après le FMI. Depuis 2021, l'Algérie a amorcé une réforme majeure de son système de subventions. Les subventions généralisées, qui bénéficiaient à l'ensemble de la population indépendamment des revenus, sont progressivement remplacées par un système de compensations monétaires ciblées pour les ménages les plus modestes. Le FMI et la BM ont

encouragé l'Algérie à réformer son système pour mieux cibler les bénéficiaires et réduire les distorsions économiques, depuis une étude réalisée en 2016 (FMI, 2016).

Bien que l'État s'appuie sur des subventions pour partager la richesse du pays (pétrole et gaz) avec les citoyens, la plupart des subventions profite davantage aux riches qu'aux pauvres. D'après une enquête de l'ONS, les 20 % d'Algériens les plus riches consomment six fois plus de carburant que les 20 % des plus pauvres. Cela s'explique par la capacité des riches à se procurer des voitures davantage que les pauvres. Cela signifie que les subventions aux carburants sont régressives : plus vous êtes riche, plus vous en bénéficiez.

Figure n°21 : Dépenses mensuelles des ménages en carburants.



Source: (ONS, 2011)

De nombreuses autres subventions sont régressives en Algérie. Si on prend le cas des subventions à la consommation de l'électricité; elles profitent aussi de manière disproportionnée aux riches, qui sont plus susceptibles d'être raccordés au réseau électrique national et possèdent plusieurs maisons, plus grandes et mieux équipées (climatisation, chauffage, lave-linge, lave-vaisselle, etc.). Les subventions généralisées présentent plusieurs inconvénients. Dans ce sens, si l'on prend le cas de l'énergie, les prix bas ont causé une progression rapide de la consommation d'énergie entraînant la baisse des exportations moins de pétrole et de gaz, ce qui provoque une diminution des recettes budgétaires.

Les subventions généralisées ont un coût élevé en Algérie, les services du FMI l'estime à environ 14 % du PIB en 2015 à l'Etat, soit pratiquement autant que le déficit budgétaire lui-même et le double des budgets cumulés des ministères de la Santé et de l'Éducation¹.

¹ Jewel A (2016) une réforme des subventions s'impose en ALgérie. Affiché le 31 août 2016, consulté le 15/09/2025. In, <https://www.imf.org/external/french/np/blog/2016/083116f.htm>

Les subventions généralisées profitaient davantage aux ménages aisés, qui consomment proportionnellement plus de produits subventionnés (énergie, eau, etc.), rendant le système inéquitable. En 2021, les subventions généralisées se déclinaient comme suit : 87% des subventions indirectes (2779 milliards dinars dont 96,5% allouées pour subventionner les prix des produits énergétiques localement commercialisés) et 13% de subventions directes (402 milliards de dinars).

Les subventions généralisées en Algérie jouent un rôle clé dans la politique sociale et économique du pays, mais elles posent des défis budgétaires et environnementaux. Bien que des réformes aient été amorcées, notamment pour les industriels, les subventions pour les ménages restent en place. À long terme, une transition vers des carburants alternatifs, l'agriculture et l'élevage locale, et un ciblage des subventions seront essentiels pour assurer la durabilité économique et environnementale.

3.1.2. Les subventions publiques ciblées

Les subventions publiques en Algérie sont un des piliers de la politique sociale et économique, mais leur caractère généralisé a souvent été critiqué pour son inefficacité et son coût élevé. Face à ces défis, des réformes visant à instaurer des subventions ciblées ont été proposées pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables tout en optimisant les ressources publiques.

Ces subventions généralisées créent des distorsions économiques, favorisent le gaspillage et ne ciblent pas efficacement les populations les plus démunies. Les subventions sur le blé, bien qu'elles garantissent la sécurité alimentaire, renforcent la dépendance aux importations et entravent la libéralisation du commerce agricole (Jewel, 2016). Une étude utilisant un modèle d'équilibre général calculable (MEGC) a montré que leur suppression, accompagnée de compensations ciblées, pourrait maintenir le bien-être des ménages tout en réduisant les distorsions économiques (Hamadache, 2015).

Le rapport de la fondation Nabni (Fondation Nabni , 2018) propose une alternative :

- Soit le ciblage progressif des ménages déclarant un revenu inférieur à un certain seuil et qui couvrirait environ 40% des ménages les moins aisés. Ce mécanisme pourrait générer une économie de 8% du PIB tout en protégeant les populations vulnérables.
- Soit un revenu universel individuel, accessible à tous, mais qui serait plus coûteux (environ 5,5% du PIB). Cette option serait plus simple à mettre en œuvre et éviterait les erreurs de ciblage

3.1.2.1. Le secteur des énergies renouvelables

Les subventions à la consommation des produits énergétiques sont en vigueur depuis l'indépendance. Elles ont été instaurées afin d'assurer un approvisionnement énergétique accessible aux ménages et aux différents secteurs de l'économie nationale, en particulier pour le transport, l'agriculture et l'industrie (Ait Cherif, 2016). Ces dernières années, l'effondrement des prix du pétrole remis en cause le débat sur la pertinence des subventions. La réforme des subventions de la consommation domestique des carburants est urgente (Mousli & OUKACI, 2022). Les subventions énergétiques, notamment sur les carburants et l'électricité, sont progressivement révisées. Une étude de 2022 a montré que leur réforme pourrait réduire la consommation excessive et encourager la transition vers les énergies renouvelables (Matallah, Boudaoud, Matallah, & Ferhaoui, 2023). Une étude visant à mesurer l'impact des subventions aux carburants sur la croissance économique a été réalisée sur la période 2010-2020. Elle a calculé les variables des subventions aux carburants en pourcentage du PIB et la croissance annuelle du PIB par personne pour 11 producteurs et exportateurs d'énergie. Elle a montré que les subventions aux carburants avaient un effet négatif significatif sur la croissance économique : une augmentation de 1 % des subventions aux carburants entraînait une baisse de 0,19 % de la croissance dans les pays de l'échantillon (Laissof & Lahouel, 2025).

Malgré l'incertitude du marché des hydrocarbures et la forte augmentation de la consommation énergétique nationale, l'Algérie continue de déployer d'énormes efforts pour faciliter l'accès à l'énergie pour sa population, via les subventions. Le Programme National de Développement des Énergies Renouvelables (PNDRE) peine à décoller et accuse un retard occasionné principalement par la dépendance aux énergies fossiles et aux subventions du secteur. L'intégration des énergies renouvelables dans le mix-énergétique national est une solution pour la préservation des combustibles fossiles, la diversification des chaînes de production d'électricité et la contribution au développement durable. Dans ce sens, un mécanisme incitatif basé sur des tarifs de rachat garantis est établi par règlement depuis 2014. Et un fonds pour les énergies renouvelables a également été prévu pour être financé par un prélèvement de 1 % sur les revenus pétroliers. Des mesures motivées par la décroissance de l'intensité énergétique nationale¹. Celle-ci est passée de 2,4 % par an en 2000, à 0,8 % en 2015. Cette décroissance est due à l'augmentation de la consommation, ce qui a entraîné une baisse des exportations d'énergie de près de 31% depuis 2005. Dans de

¹ La quantité d'énergie nécessaire pour produire une unité de PIB

telles conditions, où la consommation est principalement tirée par un secteur non productif, celui du résidentiel est encore subventionné. La transition énergétique est susceptible de réaliser des économies considérables. C'est ainsi qu'entre 2015 et 2030, le pays prévoyait une capacité totale de 22 000MW en énergies renouvelables, avec des subventions pour accélérer la transition énergétique (Haddoum, Bennour, & Ahmed Zaïd, 2018).

3.1.2.2. Le secteur agricole et la sécurité Alimentaire

L'agriculture est un secteur stratégique pour la sécurité alimentaire et l'économie nationale. Les subventions ciblées soutiennent les filières à fort potentiel telles que la culture sous serre, l'agroécologie et la production céréalière. En 2023, l'agriculture représente 13% du PIB (BM, 2025), grâce à des subventions pour les semences, engrais (jusqu'à 50 %), irrigation, mécanisation, exonérations fiscales, crédits bonifiés. Ces aides visent à améliorer la productivité, garantir la sécurité alimentaire et réduire la dépendance aux importations (Sahali, 2021).

Depuis les années 2000, l'Algérie a adopté le Plan National de Développement Agricole (PNDA). L'Algérie consacre un pourcentage élevé de son revenu agricole aux subventions, surpassant des pays comme le Maroc (6 % du budget) et la Turquie (1 % du PIB) (BM, 2025).

Une étude académique couvrant la période 1970-2020 a analysé l'impact des subventions sur l'efficacité technique des exploitations agricoles. Elle a révélée deux effets opposés (Houari, Guellil, Mokhtari, & Tsabet, 2024):

- **Effet négatif des subventions couplées** : l'étude a révélé que les subventions directement liées à la production réduisent l'efficacité technique des exploitations agricoles algériennes.
- **Effet positif des subventions découplées** : mais les aides non liées à la production ont un impact positif, bien que statistiquement non significatif, sur l'efficacité technique.

Une étude sur les subventions au blé montre que leur suppression, accompagnée de compensations ciblées (transferts monétaires ou réduction des taxes), peut maintenir le bien-être des ménages tout en réduisant les distorsions économiques (Hamadache, 2015).

Par ailleurs, les subventions publiques ont contribué à une croissance notable du secteur agricole. Entre 2000 et 2023, d'après la BM, la part de l'agriculture dans le PIB est passée de 8,4 % à 13,1 %, avec une diversification des productions (maraîchage, arboriculture, élevage). Cependant, une analyse basée sur le modèle ARDL a montré que si

les subventions ont un impact positif sur la croissance agricole, elle ont un effet négatif sur la croissance économique à long terme (Mokhtari & Houari, 2016).

La suppression des subventions au blé, accompagnée de compensations ciblées, pourrait non seulement maintenir le bien-être des ménages, mais aussi réduire les distorsions économiques. Cela nécessite une approche intégrée qui combinerait des transferts monétaires, des réductions fiscales et une libéralisation du marché pour garantir la sécurité alimentaire tout en favorisant une économie plus compétitive.

3.1.2.3. Le secteur de l'éducation

L'éducation fait partie des secteurs les plus financés par l'État. Afin de garantir un accès à l'éducation pour tous, plusieurs subventions sont mises en place qui visent à améliorer les infrastructures scolaires, à soutenir les familles défavorisées et à renforcer la qualité de l'enseignement. Le budget alloué à l'éducation en Algérie a considérablement augmenté ces dernières années. En 2025, le budget du secteur éducatif est estimé à 1 645 milliards de dinars (environ 12 milliards de dollars), représentant une part significative des dépenses publiques (Ministère des Finances, 2024). L'État prend en charge la quasi-totalité des dépenses relatives au personnel enseignant, administratif, technique et de service, des trois cycles d'enseignement (primaire, moyen et secondaire). Cela comprend l'ensemble des coûts d'équipement, de fonctionnement et sociaux (aides publiques). Les collectivités locales participent à la construction et à l'entretien des infrastructures scolaires, au développement des activités culturelles et sportives et à la contribution à l'action sociale scolaire. Les communes financent l'ensemble des dépenses relatives au fonctionnement des écoles primaires. Les wilayas sont responsables des grosses réparations des établissements d'enseignement moyen, secondaire et technique.

Les subventions du secteur se résument en deux points (UNESCO, 2024) :

- **Aides aux étudiants défavorisés** : elles ont été créées par décret présidentiel n° 01-238 du 12 août 2001 en faveur des élèves défavorisés (orphelins, fils et filles de victimes du terrorisme, élèves en situation de handicap, élèves issus de ménages à faibles revenus dont le revenu mensuel est inférieur à 8.000 DA (67 dollars américains) ou tuteurs sans emploi). Les étudiants issus de milieux défavorisés reçoivent une allocation éducative de 3 000 DZD (environ 25 USD) pour les aider à couvrir les frais liés à leur scolarité.
- **Subventions aux établissements scolaires** : des subventions exceptionnelles sont également accordées aux établissements scolaires pour améliorer leurs conditions de

fonctionnement, notamment pour le paiement des factures d'eau, d'électricité et de gaz.

Selon un rapport économique de la BM, en 2024 le secteur de l'éducation en général a dépensé 1 489,83 milliards DZD (Ministère des Finances, 2023), dont 60 milliards DZD pour les repas, a qui représente le plus grand transfert dans le secteur de l'éducation (APS, 2024). Des manuels scolaires sont distribués gratuitement chaque année aux élèves bénéficiant d'une l'allocation d'éducation. Cette opération était dotée d'un budget de 6,5 milliards de dinars algériens en 2015 (BM, 2017).

Les repas scolaires ont été instaurés par le décret 65-70 du 11 mars 1965 pour les enfants de ménages indigents, les orphelins, les personnes handicapées et les écoles où les élèves qui résident loin de l'établissement. Ces repas bénéficient à environ 80 % du nombre total d'élèves (toutes catégories confondues), à travers 17 545 cantines scolaires, selon le ministère de l'Éducation nationale (APS, 2025).

Le programme de transport scolaire, organisé par le décret exécutif n° 2015-171, contribue à encourager la scolarisation, notamment celle des filles et des élèves issus de régions éloignées. De plus, afin d'assurer la prise en charge des enfants handicapés en milieu institutionnel, l'État a développé un réseau d'établissements destinés à accueillir les enfants âgés de 4 à 25 ans présentant divers degrés de retard mental et à fournir les moyens techniques et didactiques aux handicapés sensoriels des écoles pour sourds et aveugles. En outre, afin de garantir la scolarisation des élèves des régions éloignées et des enfants nomades, deux politiques ont été mises en place : la première est la création d'internats, et la seconde est la mise à disposition d'un enseignant nomade polyvalent auprès d'un groupe de nomades.

Par ailleurs, des bourses sont accordées aux étudiants de l'enseignement supérieur dépendants des revenus des parents, se situant entre 2700 DA et 4050 DA par trimestre (Décret exécutif n°90-170, 1990). L'agence du développement social (ADS) octroie une allocation forfaitaire de solidarité mensuelle de 10 000 dinars aux familles sans revenu, pour chaque enfant à charge handicapé à 100 %, et d'une couverture sociale, telle qu'établie par l'arrêté interministériel du 29 octobre 2019.

Les subventions du secteur de l'éducation en Algérie jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès à l'éducation et dans le soutien aux familles défavorisées. Ces subventions ciblées réduisent les inégalités sociales et soutiennent le développement

humain, en particulier dans les régions défavorisées. Les défis restent nombreux, mais des investissements ciblés et une gestion efficace des ressources peuvent contribuer à transformer le paysage éducatif algérien.

3.1.2.4. Le secteur de l'habitat

Le secteur de l'habitat en Algérie est principalement soutenu par l'État, qui joue un rôle central dans la mise en œuvre des politiques de logement. Ces politiques visent à répondre aux besoins en logement de la population, en particulier des ménages à faible revenu et des personnes vivant dans des conditions précaires. Différents plans de développement du logement ont été mis en œuvre depuis 1999 par l'Etat, qui vise l'amélioration et la prise en charge du citoyen en milieu urbain et rural, ce pourquoi des logements décents ont été accordés à plus de 03 millions de ménages (Sbia & Kherchi Medjden, 2017). Avec une croissance annuelle de la population d'environ 1,5% en 2023 (BM, 2025) et une migration urbaine, en particulier vers le nord du pays sur la bande littorale (Heraou, 2012), l'urbanisation accélérée de la population a été accélérée d'un taux de 31% en 1966 à 75,27% en 2023 (BM, 2025), le besoin du logement est très pressant. Malgré la masse importante de logements réalisés, la pression démographique conjuguée à l'exode rural a réduit en quelque sorte les objectifs assignés par l'Etat, qui a consacré 711,8milliards de dinars en 2024 et 261,18 milliards de dinars en 2025 (Ministère des Finances, 2024) pour financer l'habitat. Les types de financement existant sont (Ministère de l'habitat, de l'urbanisme et de la ville, septembre 2015):

- **le financement sur budget de l'Etat** : qui finance principalement à concours définitif et/ou temporaire des segments : Logement Public Locatif, Logement Location-Vente et les VRD (Voirie et Réseaux Divers) de toutes les formules du logement urbain.
- **le financement sur CAS (Compte d'Affectation Spéciale)** : Fonds National du Logement -FONAL- (CAS 302-050) : il s'agit d'un compte d'affectation spéciale qui supporte les aides aux demandeurs de logement des formules d'aide à l'accession à la propriété.
- **le Trésor** : il prend en charge le différentiel de la bonification des taux d'intérêt sur les crédits immobiliers octroyés. S'agissant de la location-vente, le CAS bonifie l'ensemble des crédits, et prend en charge le différentiel des prix (au-delà de 40 000 dinars/m²) à hauteur de 10 000 dinars/m².

Plusieurs formules d'aide à l'accession au logement existent, en l'occurrence (Zerrouki Med & Tabet Aoul, septembre 2015) :

- **le logement Public et Social** : le gouvernement algérien a lancé plusieurs projets de logements publics, notamment des logements sociaux et des logements promotionnels aidés.
- **la Banque Nationale de l'Habitat (BNH)** : la BNH a été créée pour gérer les financements publics alloués aux programmes de construction de logements. Elle joue un rôle clé dans le financement des projets d'habitat, en garantissant des prêts à des taux d'intérêt réduits pour les ménages.
- **les aides à l'Auto-Construction** : des aides sont également disponibles pour les ménages souhaitant construire leur propre logement. Cela inclut des subventions et des prêts à faible taux d'intérêt, facilitant ainsi l'accès à la propriété pour les familles à revenu modeste.
- **les programmes de Logement Ruraux** : le gouvernement offre des aides spécifiques pour le logement rural, permettant aux résidents des zones rurales d'accéder à des financements pour la construction de logements adaptés à leurs besoins.

Dans le cadre de ces réformes, l'Algérie a adopté une diversification des formats de logement, incluant des options pour les classes moyennes et les ménages à faible revenu. Cela vise à répondre à la demande croissante de logements abordables. Il est crucial que les subventions soient mieux ciblées pour atteindre les ménages les plus vulnérables, afin d'éviter que les aides ne profitent principalement aux ménages plus aisés.

Les subventions publiques pour le secteur de l'habitat en Algérie sont essentielles pour améliorer les conditions de vie des ménages vulnérables. En renforçant le ciblage et en diversifiant les offres de logement, l'Algérie peut mieux répondre aux besoins de sa population et contribuer à la réduction de la pauvreté et des inégalités dans le secteur du logement. Des réformes continues sont nécessaires pour assurer l'efficacité et la durabilité de ces programmes.

3.1.3. Programmes d'aide sociale pour les ménages vulnérables

L'Etat a mis en place divers programmes d'aide sociale pour soutenir les ménages vulnérables, en particulier ceux vivant en-dessous du seuil de pauvreté. Ces initiatives visent à améliorer les conditions de vie des familles en difficulté, à réduire les inégalités et à renforcer la cohésion sociale. Plusieurs types de programmes d'aide sociale existent :

3.1.3.1. Système de Protection Sociale

Le système de protection sociale en Algérie est conçu pour aider les individus et les familles, en particulier les plus démunis. Il inclut des programmes de soutien financier, des aides pour les personnes âgées, les orphelins, et les personnes handicapées. Ces initiatives visent à répondre aux besoins fondamentaux des ménages vulnérables et à leur fournir un soutien continu.

3.1.3.2. Aides Financières Directes

Des aides financières sont accordées aux familles à faible revenu, notamment des allocations pour les enfants, des subventions pour le logement, et des aides pour les soins de santé. Par exemple, une allocation forfaitaire de solidarité est prévue pour les chefs de famille ou les personnes vivant seules, sans revenus et âgées de plus de 60 ans (Rahou & Rebiai, 2025). Ou bien encore, une pension chômage est accordée aux jeunes (19 à 40 ans) selon le décret exécutif n° 22-70 du 10 février 2022, de 15 000 da par mois.

3.1.3.3. Le rôle des associations dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins

Les associations jouent un rôle crucial dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins en apportant un soutien aux patients, notamment aux plus vulnérables et aux personnes atteintes de maladies chroniques. Elles facilitent l'accès aux prestations médicales, réduisent les délais d'attente, prennent en charge les coûts des examens onéreux et organisent des campagnes de prévention. Parmi elles, on trouve des organisations comme SoliMed, dédiée à la formation des professionnels de santé et à l'aide aux démunis, ou encore Myo Algeria, qui cible les personnes atteintes de myopathies. Beaucoup de malades à faible revenu et sans couverture sociale parviennent à réaliser des examens d'investigations onéreux (scanner, IRM, analyses biologiques) grâce à la prise en charge par les associations, signataires de conventions avec des centres d'imagerie médicale et de laboratoires d'analyses privés (Benkada & Mebtoul, 2018).

Cette section a minutieusement exploré les politiques publiques mises en œuvre par l'État algérien pour améliorer le pouvoir d'achat des ménages, enjeu économique et social majeur face à l'inflation persistante et à la dépendance aux hydrocarbures. Les mécanismes de soutien se divisent entre les subventions généralisées et les politiques ciblées. Les subventions généralisées, qui ont connu une augmentation significative, passant de 3 900 milliards de dinars en 2018 à 5 131 milliards en 2021 (représentant 23 % du PIB), visent à maintenir des prix abordables pour les produits de base comme le pain, la farine, le lait pasteurisé, l'huile de table, le sucre et la semoule, ainsi que pour les services essentiels tels

que l'eau, l'électricité, le gaz et les carburants. Bien qu'efficaces pour la stabilité sociale et l'accessibilité immédiate, ces subventions généralisées présentent des inconvénients majeurs : un coût budgétaire élevé (jusqu'à 14% du PIB en 2015), un caractère régressif (profitant disproportionnellement aux ménages aisés), un gaspillage des ressources, une consommation excessive, et une entrave à la diversification économique et à la réduction de la dépendance aux importations. Des réformes ont été amorcées, notamment la suppression progressive des subventions sur le gaz pour les industriels, signe d'une volonté de cibler davantage ces aides.

Parallèlement, l'Algérie s'oriente vers des politiques publiques ciblées et des réformes structurelles. Dans le secteur des énergies, des efforts sont faits pour encourager la transition vers les énergies renouvelables à travers le PNDRE et des mécanismes incitatifs, reconnaissant l'impact négatif des subventions généralisées sur la croissance et l'environnement. Le secteur agricole bénéficie de subventions pour les intrants, les crédits et les exonérations fiscales, dans le but d'améliorer la productivité, d'assurer la sécurité alimentaire et de réduire la dépendance aux importations. Cependant, l'étude a montré des effets contrastés, avec des subventions couplées réduisant l'efficacité technique, soulignant la nécessité d'une meilleure conception. Le secteur de l'éducation est massivement financé par l'État avec des subventions pour les étudiants défavorisés, des repas et transports scolaires, et des bourses universitaires, contribuant significativement à l'accès équitable à l'éducation et à la réduction des inégalités. Enfin, le secteur de l'habitat voit l'État jouer un rôle central via des financements directs, des aides à l'accession à la propriété (FONAL, BNH), et des programmes variés de logement, visant à répondre aux besoins croissants de la population tout en cherchant à mieux cibler les ménages vulnérables. En outre, des programmes d'aide sociale directe viennent compléter ce dispositif, offrant un soutien financier et des allocations aux familles sans revenu, aux jeunes chômeurs, aux personnes âgées, orphelins, et handicapés, avec une contribution notable des associations dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins. Si l'engagement de l'État algérien à soutenir le pouvoir d'achat et à garantir la protection sociale est indéniable, les défis restent considérables. La transition des subventions généralisées, coûteuses et souvent inefficaces, vers des mécanismes plus ciblés et transparents, la diversification économique, l'amélioration de la productivité, et la stabilisation de la monnaie nationale sont des réformes structurelles profondes et nécessaires. Elles permettront non seulement d'optimiser l'utilisation des ressources publiques, mais aussi d'assurer une répartition plus équitable des

bénéfices, contribuant ainsi à un avenir économique plus stable, durable et inclusif pour l'ensemble des Algériens.

En conclusion, le pouvoir d'achat en Algérie se révèle être un indicateur économique et social d'une grande complexité, façonné par l'interaction dynamique de facteurs économiques, structurels et externes. Le chapitre a d'abord mis en lumière les déterminants multiples du pouvoir d'achat. Sur le plan économique, les revenus des ménages, influencés par les salaires (notamment le SNMG et ses ajustements) et les transferts sociaux, sont constamment grignotés par une inflation persistante et un coût de la vie en hausse. Structurellement, un marché du travail marqué par un taux de chômage élevé et une économie informelle prédominante limite l'accès à des revenus stables et protégés. La dépendance quasi-exclusive aux hydrocarbures demeure le talon d'Achille de l'économie algérienne, rendant le budget de l'État et, par extension, la capacité de soutien du pouvoir d'achat, vulnérables aux chocs pétroliers. Enfin, des facteurs externes comme la dévaluation du dinar et l'inflation importée exacerbent les pressions sur les prix des biens de consommation.

La structure du marché du travail en Algérie est un déterminant clé du pouvoir d'achat. Pour améliorer cette situation, il est essentiel de réduire le chômage, d'augmenter les salaires de manière significative, de lutter contre la précarité de l'emploi et de mettre en œuvre des politiques de régulation efficaces. Ces mesures pourraient contribuer à renforcer le pouvoir d'achat des ménages algériens et à améliorer leur qualité de vie.

L'évolution historique du pouvoir d'achat en Algérie témoigne de cette vulnérabilité structurelle. Après une période d'amélioration post-indépendance (1962-1970) grâce à la redistribution et aux nationalisations, la période socialiste (années 1970-1980) a vu une amélioration initiale liée à la rente pétrolière, suivie d'une détérioration significative due aux contre-chocs pétroliers et à l'inflation. La décennie 1990, marquée par les plans d'ajustement structurel (PAS) et une crise économique profonde, a conduit à une érosion drastique du pouvoir d'achat via la dévaluation, le chômage et la réduction des dépenses publiques. Bien que la période 2000-2015 ait bénéficié d'une aisance financière retrouvée grâce aux prix élevés du pétrole permettant des politiques de relance et de redistribution, les gains furent fragiles. Le contre-choc pétrolier de 2014-2015 a de nouveau plongé le pays dans une période de défis (2015-2025), caractérisée par une baisse du PIB par habitant, une inflation

élevée et un déficit budgétaire croissant, impactant négativement le niveau de vie des citoyens.

Face à ces défis, les politiques publiques ont longtemps reposé sur des subventions généralisées (pain, lait, sucre, énergie, eau, carburants) visant à préserver la paix sociale et l'accessibilité aux produits de base. Cependant, le chapitre a souligné les limites de ces mécanismes : un coût budgétaire exorbitant (jusqu'à 14% du PIB), un caractère régressif (profitant disproportionnellement aux ménages aisés), un gaspillage des ressources et un frein à la diversification économique. Consciente de ces enjeux, l'Algérie s'oriente progressivement vers des subventions ciblées et des réformes structurelles. Des efforts sont notables dans le soutien aux énergies renouvelables, l'agriculture (visant la sécurité alimentaire et la réduction de la dépendance aux importations), l'éducation (accès équitable et aides aux défavorisés), l'habitat (logement social et aides à l'accession), et les programmes d'aide sociale directe pour les ménages vulnérables.

L'amélioration durable du pouvoir d'achat en Algérie exige une approche holistique et courageuse. Elle passe impérativement par une diversification économique active pour réduire la dépendance aux hydrocarbures, des réformes structurelles profondes pour assainir le marché du travail et stimuler la production locale, une gestion macroéconomique prudente pour maîtriser l'inflation et stabiliser le dinar, et une rationalisation des politiques sociales vers un ciblage plus efficace et équitable des aides. Ce cheminement est essentiel pour bâtir une économie plus résiliente, garantir une répartition plus juste des richesses et assurer une qualité de vie durablement meilleure pour l'ensemble des Algériens.

Chapitre III

Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

Le financement de la santé constitue un pilier fondamental de tout système de soins, déterminant sa capacité à garantir un accès équitable et universel aux services pour l'ensemble de la population. Dans un contexte mondial où les coûts de la santé ne cessent de croître sous l'effet des avancées technologiques, des transitions épidémiologiques et du vieillissement démographique, la question des dépenses et de leur accessibilité financière revêt une importance cruciale. L'Algérie, forte de son engagement post-indépendance en faveur d'un État social, a historiquement inscrit la "gratuité des soins" au cœur de sa politique de santé, une mesure emblématique adoptée dès 1973 visant à supprimer les barrières financières à l'accès aux soins. L'Algérie, étant le premier pays d'Afrique à garantir l'accès universel aux soins, se trouve à un carrefour crucial dans l'évolution de son système de santé. Depuis, l'État assure la gratuité des soins, un principe fondamental inscrit dans sa constitution. Cependant, cette ambition se heurte à des défis majeurs, notamment la gestion des dépenses publiques de santé, qui ont connu une croissance vertigineuse ces dernières années. Au fil des décennies, le système algérien de financement de la santé a connu des mutations profondes. Initialement dominé par un financement quasi-exclusivement public, il a progressivement évolué vers une structure plus diversifiée, où le rôle de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS), des ménages à travers les dépenses directes (out-of-pocket), et des assurances privées, bien que marginales, est devenu de plus en plus significatif. Cette dynamique a engendré une complexité croissante des flux financiers, soulevant des interrogations légitimes quant à l'efficacité du système à maintenir le principe d'équité et d'inclusion sociale, face aux contraintes économiques et aux besoins sanitaires en constante évolution. En 2025, le gouvernement a prévu d'allouer plus de 7,5 milliards de dollars au secteur de la santé, une augmentation significative par rapport aux années précédentes, mais qui soulève des questions sur l'efficacité et l'équité de cette allocation.

Ce chapitre se propose d'explorer en profondeur la structure des dépenses de santé en Algérie, en décomposant les contributions des principaux acteurs du financement. Nous analyserons l'évolution des dépenses publiques, en mettant en lumière leur dépendance aux revenus pétroliers et leur répartition entre les postes budgétaires. Parallèlement, nous examinerons le rôle et les défis de la sécurité sociale, notamment la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS), dont la contribution est essentielle pour la mutualisation des risques, mais qui doit faire face à des pressions financières et des inadéquations dans les mécanismes de remboursement. Enfin, une attention particulière sera portée aux dépenses privées, en constante augmentation, et à leur impact sur l'accessibilité financière des

ménages aux soins, interrogeant la persistance du "reste à charge" pour les patients et ses conséquences sur les populations les plus vulnérables.

L'objectif de cette analyse est de décrypter les dynamiques financières du secteur de la santé en Algérie, d'évaluer leur efficacité en matière d'inclusion sociale et d'identifier les leviers d'amélioration nécessaires pour une politique de santé plus juste, plus résiliente et plus pérenne. À travers cette exploration, nous chercherons à comprendre comment les différentes sources de financement interagissent pour façonner l'accès aux soins, et quelles réformes sont indispensables pour répondre aux défis actuels et futurs du système de santé algérien.

Section 01: L'évolution des dépenses de santé en Algérie

Les dépenses totales de santé englobent l'ensemble des coûts liés à la consommation finale de biens et services de santé, tant dans le secteur public que privé, y compris les contributions des ménages. Ces dépenses comprennent non seulement les soins préventifs et curatifs, mais aussi des services variés tels que la planification familiale, la nutrition, la réhabilitation à long terme, ainsi que les produits pharmaceutiques. Elles intègrent également les coûts liés à l'administration, aux programmes de santé publique et de prévention, ainsi qu'à l'aide d'urgence en matière de santé. En relation avec le Produit Intérieur Brut (PIB), ces dépenses reflètent l'engagement d'une société envers la santé de sa population et la qualité des soins fournis. (OCDE , 2021).

L'Algérie, à l'instar de nombreux pays en développement, a connu une évolution significative de ses dépenses de santé au cours des dernières décennies. Les politiques publiques ont mis l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en étendant la couverture maladie et en développant les infrastructures sanitaires. Ces efforts ont permis d'enregistrer des progrès notables en matière de santé publique. Cependant, le système de santé algérien fait face à des défis complexes, liés notamment à l'augmentation des besoins de santé, au vieillissement de la population et à la montée des maladies chroniques. Cette section se propose d'analyser l'évolution des dépenses de santé en Algérie, et de montrer les défis auquel fait face notre système de santé. Pour se faire, nous avons réalisé une collecte de données quantitatives issues de bases de données internationales (OMS, Banque mondiale) et nationales (ONS Algérie). Puis nous avons effectué une comparaison et une analyse des données collectées. Nous allons présenter, dans un premier lieu, l'évolution des dépenses de santé en Algérie déflatées. Puis nous vérifier l'efficacité des dépenses de santé

dans la région MENA, à travers la comparaison des dépenses de santé et des indicateurs sanitaires

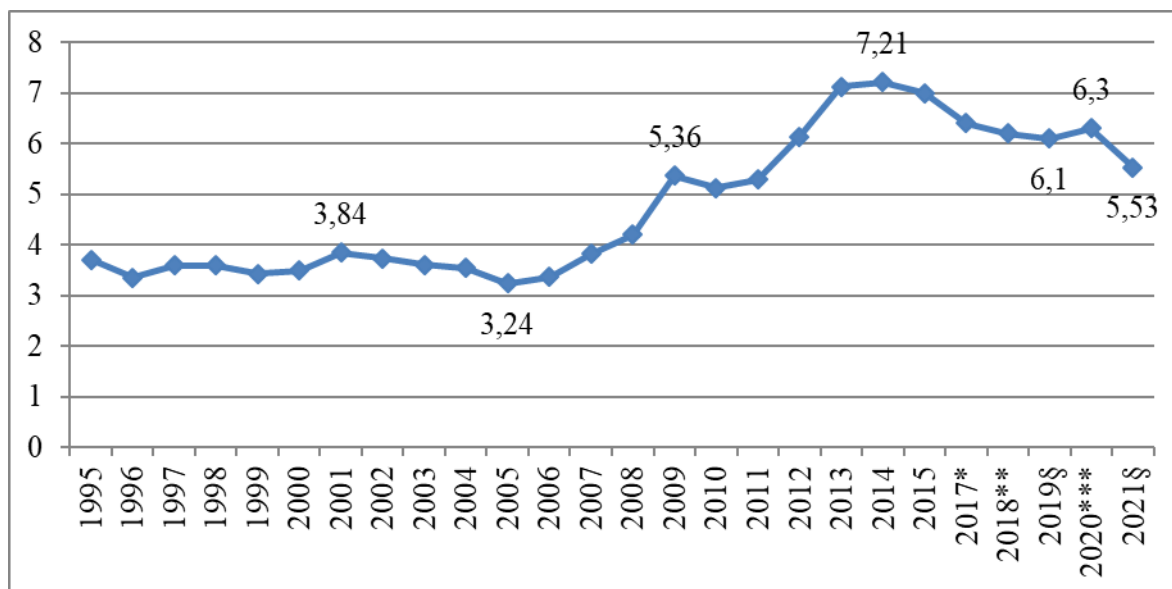
1.1. Les dépenses totales de santé

Les dépenses totales de santé englobent l'ensemble des ressources financières allouées à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la réadaptation des maladies. Elles constituent un indicateur clé de l'état de santé d'une population et du niveau de développement d'un pays.

Il est évident que les dépenses de santé sont en constante augmentation, une tendance qui s'inscrit dans le cadre de la transition sanitaire que le pays connaît depuis les années 1980. Mais depuis le choc pétrolier de 2015, ces dépenses connaissent une légère baisse vu le contexte économique du pays et le rétrécissement des recettes budgétaires.

Les dépenses de santé en Algérie ont connu une évolution significative au cours des dernières décennies, reflétant les changements démographiques, les progrès technologiques et les politiques publiques mises en œuvre.

Figure n°22 : Dépenses totales courantes de santé par rapport au PIB (%) (1995-2021)



Source : (BM, 2024)

* (Atlas Mondial des Données, 2021)

** (BM, 2020)

*** (ZEHNATI, 2023)

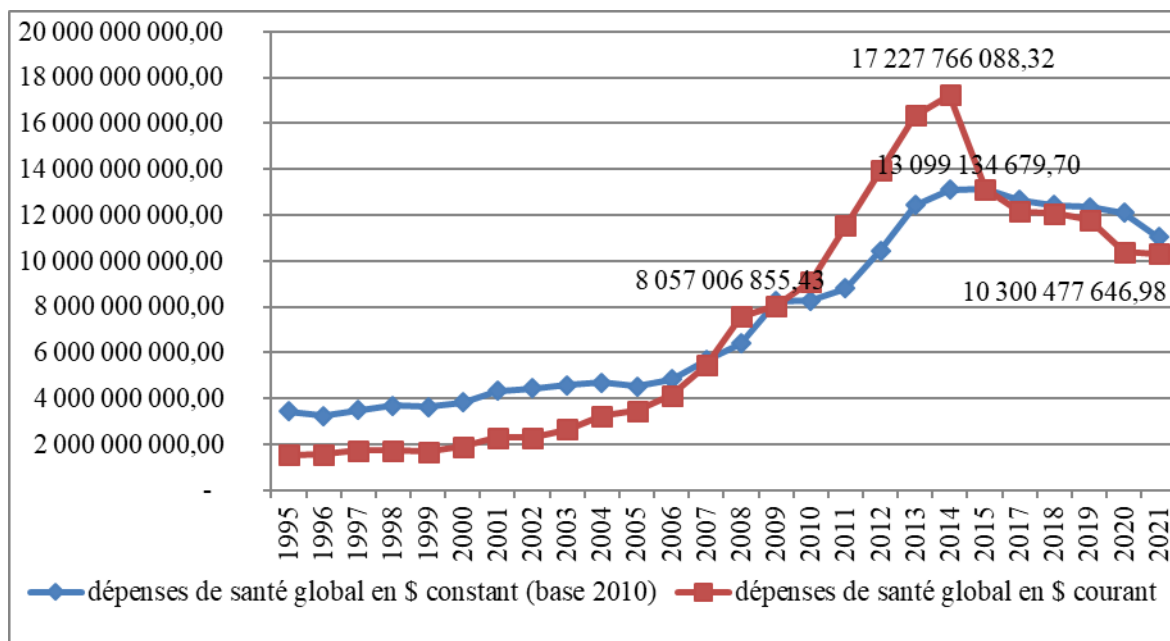
§ (OMS, 2024)

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

Entre 2004 et 2014, les dépenses totales de santé en Algérie ont connu une croissance significative par rapport au PIB, passant de 3,52 % à 7,21 % en 2014. Cette augmentation a été soutenue par le programme national 2007-2011, qui incluait un budget de 30 millions d'euros dédié à la réorganisation des services de santé et à la réforme des hôpitaux (Chaoui & Legros, 2013). À partir de 2015, la part des dépenses de santé par rapport au PIB a enregistré une diminution, passant de 7 % en 2015 à 6,2 % en 2018. Cette baisse est principalement attribuée à la réduction des ressources de l'État, conséquence du contre-choc pétrolier survenu en 2015.

Par ailleurs, la loi de finances pour 2020 avait établi un prix de référence pour le baril de pétrole à 50 dollars. Elle prévoyait également une diminution des recettes budgétaires de 7 % et des dépenses budgétaires de 8,6 %. Ces ajustements entraînaient un déficit budgétaire équivalant à 7,2 % du PIB, ainsi qu'un déficit du Trésor atteignant 11,4 % du PIB.

Figure n°23 : Dépenses de santé en \$ courant et constant (base 2010) (1995-2021)



Source : (BM, 2024)

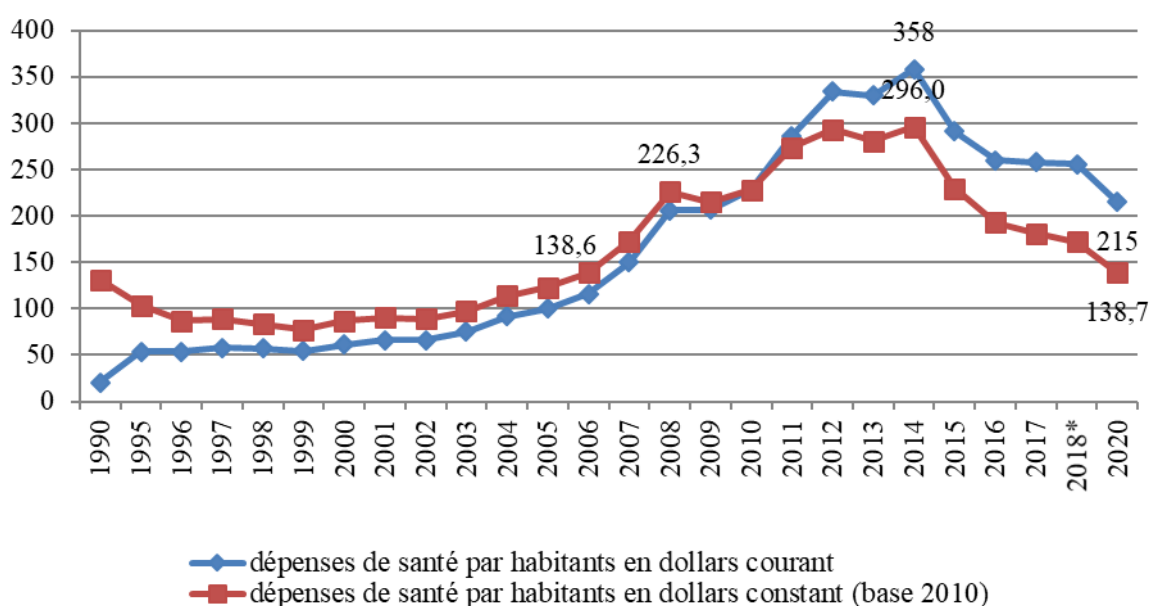
Lors de la pandémie de COVID-19, la Banque mondiale a reclassé l'Algérie, la faisant passer de la catégorie des pays à revenu intermédiaire-tranche supérieure à celle des pays à revenu intermédiaire-tranche inférieure, avec un revenu national brut (RNB) par habitant s'élevant à 3 970 dollars au 1er juillet 2020. Malgré cette reclassification, l'accès de la population aux infrastructures de base demeure assuré, avec une priorité accordée aux secteurs de l'éducation, de la santé, ainsi qu'à la prise en charge des enfants en situation de handicap ou en difficulté sociale.

Ainsi, la proportion des dépenses de santé par rapport au PIB a continué sa baisse en 2021 du fait du deuxième choc pétrolier qu'a connu le pays en 2020, influencé par la crise économique mondiale du Covid, passant de 6,3% en 2020 à 5,53% en 2021. Ces fluctuations sont nuancées par l'inflation, l'analyse des dépenses de santé en \$ constant suggère une baisse progressive de leur pouvoir d'achat. Les dépenses de santé ont connu de fortes fluctuations, grâce à l'aisance financière qu'a connu le pays, elles ont plus que doublées entre 2009 et 2014 en dollars courant (en 5 ans seulement), alors qu'en dollars constant, ces mêmes dépenses n'ont progressées réellement que de 59% !! De plus, depuis le choc pétrolier de 2015, elles ne cessent de régresser. Passant d'environ 13 milliards de \$ en 2014 à 10,3 milliards de \$ en 2021 (\$ constant). Soit une baisse de 21%.

1.2. Les dépenses de santé par habitant

Les dépenses de santé par habitant, exprimées en dollars américains courants, englobent les biens et services de santé consommés chaque année. L'analyse des dépenses de santé par habitant en Algérie, ajustées en dollars constants, ont subi une diminution de 33,67 % entre 1990 et 2000, conséquence de la crise économique et sécuritaire des années 1990. Cependant, une forte reprise a été observée entre 2000 et 2014, avec une augmentation des dépenses passant de 87 à 296 dollars constants par habitant.

Figure n°24 : Dépenses de santé par habitant entre 1990 et 2020 en Algérie (\$)



Source : (BM, 2024) & * (Atlas Mondial des Données, 2021)

Les dépenses de santé par habitant ont connu une évolution étroitement liée à l'augmentation du PIB par habitant. Cependant, à partir de 2015, ces dépenses ont commencé à diminuer de manière significative, affichant un taux de régression moyen de plus de 53 % entre 2014 et 2020. Cette baisse est en adéquation avec la diminution du PIB par habitant, qui est passé de 4 687 dollars en 2014 à 4 423 dollars (en dollars constants de 2010) en 2020. (BM, 2025) (14 863 \$ internationaux courant PPA en 2014 à 12 849 \$ internationaux courant PPA en 2020) (Atlas Mondial des Données, 2024).

Les dépenses de santé par habitant en 2020 se situent au même niveau que les dépenses de santé en 2006 ! bien que l'année 2020 été marquée par une pandémie mondiale de Covid qui a affectée l'Algérie sur les volets épidémiologique et économique, les dépenses de santé ont continué leur régression du fait de l'insuffisance des ressources induite par le choc pétrolier.

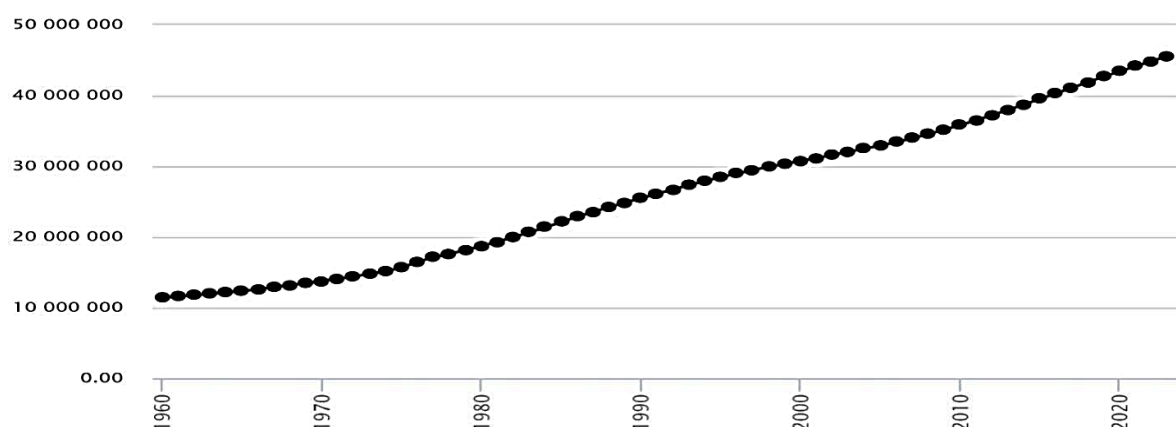
1.3. Enjeux et défis du système de santé algérien

En dépit d'une tendance à la baisse des dépenses de santé, le système de santé algérien fait face à plusieurs défis notamment : la croissance démographique, le vieillissement de la population, la transition épidémiologique et le développement des inégalités.

1.3.1. La croissance démographique

L'augmentation de la population entraîne une hausse significative des besoins en soins de santé. Cette dynamique démographique intensifie la pression sur les systèmes de santé, nécessitant une adaptation des services pour répondre à la demande croissante.

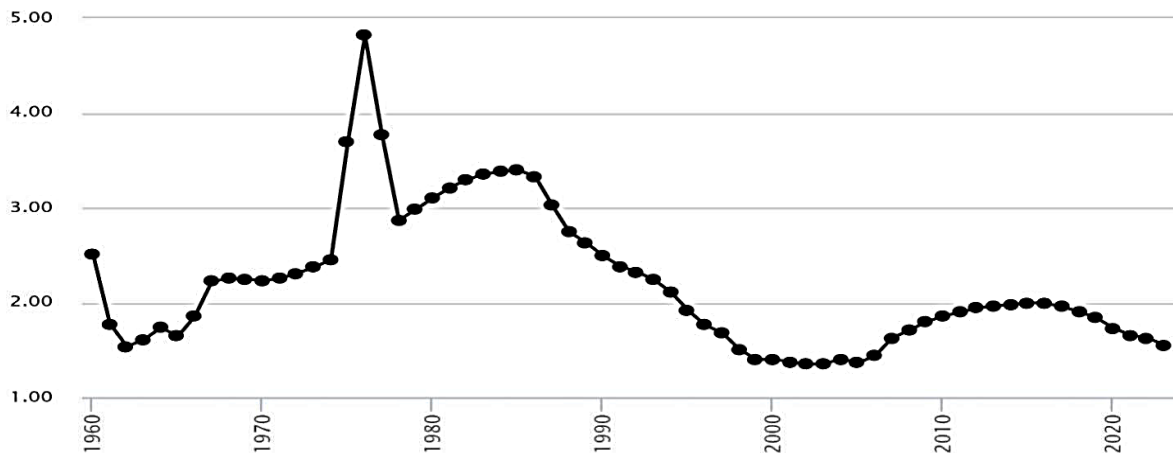
Figure n°25 : L'évolution de la population totale en Algérie (1960-2022)



Source : (BM, 2025)

Bien qu'en effectif totale, la population algérienne connaît une progression continue, mais en termes de taux d'accroissement de la population, celui-ci connaît une baisse depuis 2016. Une tendance influencée par la conjoncture économique du pays depuis 2015.

Figure n°26 : Taux de croissance annuelle de la population en % de la population totale en Algérie (1960-2022)



Source : (BM, 2024)

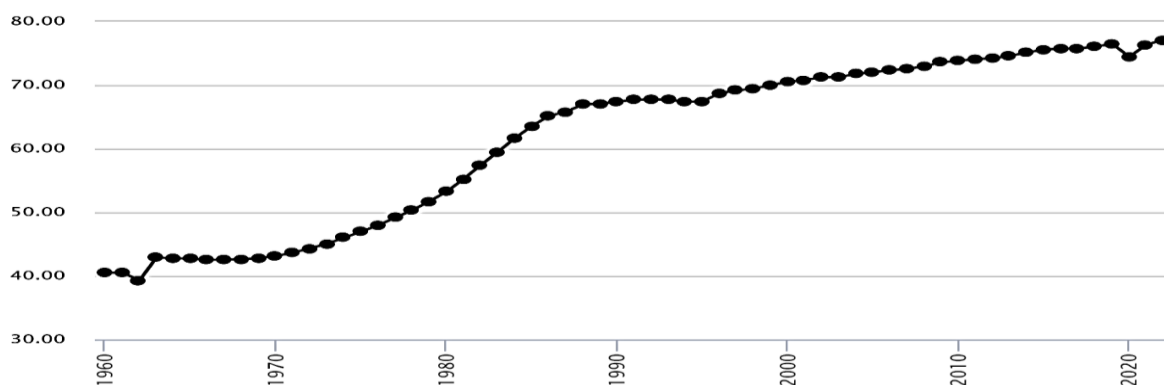
Par ailleurs, la population algérienne a plus que doublé en 2023 depuis 1980 (fois 2,4), jumelé à un vieillissement de la population, ces deux phénomènes soutiennent une augmentation des dépenses de santé.

1.3.2. Le vieillissement de la population:

Le vieillissement de la population est un processus complexe de réunion de plusieurs facteurs de non renouvellement avec les mêmes proportions de la population jeune d'un pays. Il survient lors de la baisse de la mortalité générale et de la natalité. Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des dépenses de santé, vu que ces personnes âgées ont besoin de soins plus coûteux et long que le reste de la population. Le pays connaît une transition démographique depuis les années 80, avec l'amélioration de la couverture sanitaire plusieurs indicateurs sanitaires ont changé, en l'occurrence :

- **L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance** : C'est le nombre d'années que les personnes vivent en moyenne dans un pays. Cet indicateur ne cesse de croître grâce à l'offre des soins de santé de base gratuitement à toute la population. L'espérance de vie en Algérie avoisine celle des pays développés avec un taux de 77 ans en 2022, soit 24 ans de plus qu'en 1980 (53 ans). Une transition démographique qui stimule le processus du vieillissement de la population. Le pic de baisse en 2020 est dû aux décès causés par la pandémie du Covid, qui n'était pas maîtrisée au début.

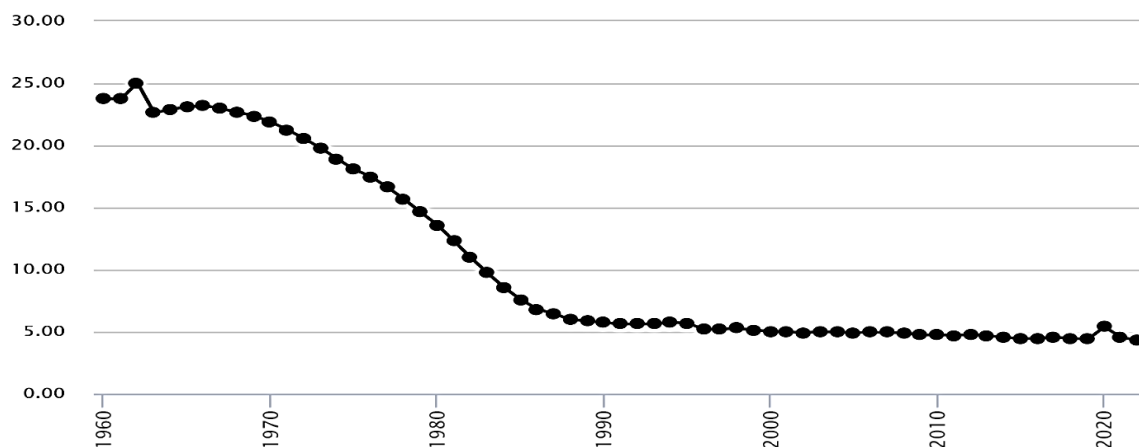
Figure n°27 : L'espérance de vie à la naissance (en année) en Algérie (1960-2022)



Source : (BM, 2024)

- **La baisse de la mortalité :** l'amélioration de l'espérance de vie est la résultante de la baisse de la mortalité générale. Le taux de mortalité pour 1 000 habitants a considérablement diminué, passant de 13,58 en 1980 à 4,33 en 2022, ce qui représente une réduction de plus de 68 %. Cette évolution témoigne des avancées significatives en matière de santé publique et d'amélioration des conditions de vie au fil des décennies.

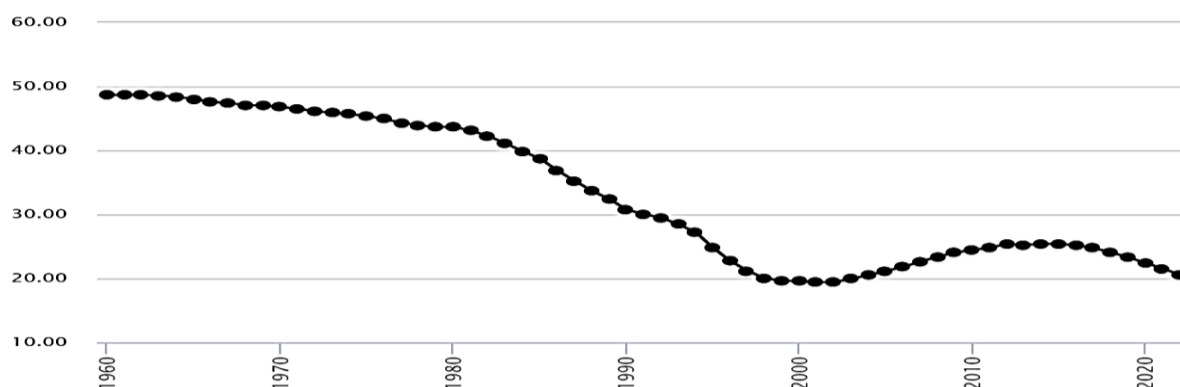
Figure n°28 : Le taux de mortalité générale en Algérie (1960-2022)



Source : (BM, 2024)

- **La baisse de la natalité brute :** L'évolution de la natalité brute montre une variation cohérente avec la situation économique du pays, le taux de natalité a connu une hausse durant la période 2000 – 2014, avec la hausse du PIB grâce au contre-choc pétrolier. Mais à partir de 2015, on remarque une tendance continuelle à la baisse pour atteindre en 2022 ; 20,57 naissances par 1000 habitants pour un taux de fertilité de 2,83 enfants par femme. Ce qui donne un taux de croissance annuel naturel de la population de 1,63% pour la même année.

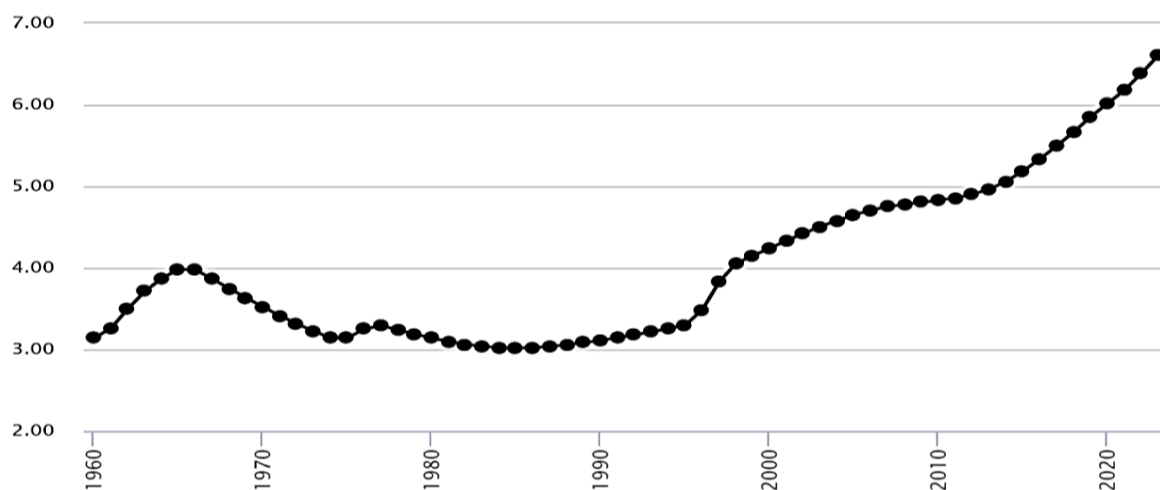
Figure n°29 : Le taux de natalité brute par 1 000 habitants en Algérie (1960-2022)



Source : (BM, 2024)

- **L'augmentation de la population âgée :** L'augmentation de la part des personnes âgées entraîne une hausse des besoins en soins de longue durée. En 2023, les personnes âgées de plus de 65 ans constituent 6,6 % de la population totale, une augmentation significative par rapport à seulement 3,1 % en 1980. Cette évolution souligne le vieillissement progressif de la population et les changements démographiques qui ont eu lieu au cours des dernières décennies. Cette évolution est la résultante d'une longue transition démographique et sociologique de la société algérienne, influencée par l'alphabétisation accrue des femmes (75,3% en 2018 contre 35,8% en 1987), la prise de conscience des risques des grossesses répétées (par femme 2,8 enfants en 2022 contre 6,9 enfants en 1980), de l'insertion de la femme dans le monde professionnel (19,5% de la main d'œuvre totale en 2023 contre 12,24% en 1990) (BM, 2024), de la nucléarisation de la famille, etc.

Figure n°30 : La population de plus de 65 ans, % de la population totale (1960-2022)



Source : (BM, 2024)

1.3.3. La transition épidémiologique

Grâce à la vaccination gratuite et généralisée, le système de santé algérien a réussi à maîtriser les maladies transmissibles. Toutefois, en dépit des efforts en santé publiques, on assiste ces dernières années à l'essor des maladies chroniques. Les maladies non transmissibles représentent un enjeu majeur de santé publique en Algérie, en raison de l'augmentation significative de leur charge de morbidité. En 2016, elles étaient responsables de 55 % des décès, tandis que les maladies transmissibles n'en constituaient que 16,8 %, selon les données de l'Institut National de Santé Publique (INSP). Cette tendance souligne la nécessité d'une attention accrue et de stratégies de prévention ciblées pour faire face à cette problématique croissante (INSP, 2017). Selon l'enquête MICS6 réalisée en 2018 par le MSPRH en collaboration avec l'UNICEF, près de 200 indicateurs sociodémographiques ont été analysés, dont 26 mesurent les Objectifs de Développement Durable (ODD) pour l'Algérie. Les résultats de cette enquête ont révélé qu'en 2019, 20 % de la population souffrait d'au moins une maladie chronique. Les femmes sont particulièrement touchées, avec un taux de prévalence de 24,2 %, contre 16 % chez les hommes.

La prévalence des maladies chroniques varie également selon le milieu de vie : 21,6 % des habitants des zones urbaines sont concernés, comparativement à 17,2 % en milieu rural. De plus, les résidents du nord du pays présentent un taux plus élevé de maladies chroniques (21,13 %) par rapport à ceux des hauts plateaux (17,57 %) et du sud (15,9 %).

Les maladies chroniques sont plus fréquentes chez les personnes âgées de 40 à 65 ans, représentant 34,5 % des cas, dont 9,7 % sont encore en activité professionnelle. L'âge moyen au premier diagnostic d'une maladie chronique est inférieur à 60 ans pour toutes les pathologies étudiées : l'hypertension artérielle à 52,7 ans, le diabète à 47,9 ans, les maladies cardiovasculaires à 50,2 ans, les maladies respiratoires à 30,8 ans, les cancers à 48,3 ans et les troubles neuropsychiatriques à 27,4 ans. En somme, l'âge moyen de diagnostic pour la première maladie chronique, quel que soit le type, est de 45,6 ans. (MSPRH & UNICEF, 2019).

La prévalence de certaines maladies chroniques en Algérie, selon l'enquête MICS6 de 2019, est la suivante : 7,5 % de la population souffre d'hypertension artérielle (HTA), 5 % de diabète, 1,5 % de troubles neuropsychiatriques, 1,5 % de maladies respiratoires, 1,2 % de maladies cardiovasculaires (MCV), 0,3 % de cancers et 1,1 % de maladies articulaires. Ces

chiffres mettent en lumière la prévalence croissante des maladies chroniques dans le paysage de la santé publique en Algérie. (MSPRH & UNICEF, 2019).

Il est préoccupant de constater que les maladies chroniques touchent de plus en plus les personnes en âge de travailler, ce qui a des répercussions significatives sur leur productivité et peut parfois entraîner une invalidité. D'une part, ces individus continuent de percevoir leur salaire tout en ayant des besoins croissants en matière de soins de santé. D'autre part, leur contribution à la croissance économique diminue, car ils participent moins activement au marché du travail. Cette situation souligne l'importance d'adopter des stratégies de santé publique efficaces pour soutenir ces personnes et minimiser l'impact économique des maladies chroniques sur la société. La prévalence des maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) augmente, ce qui nécessite des investissements importants en matière de prévention et de traitement.

1.3.4. Développement des inégalités

Les inégalités d'accès aux soins demeurent marquées entre les différentes régions du pays et parmi les diverses catégories socio-économiques. L'analyse de la répartition des infrastructures de santé révèle des disparités significatives. En effet, l'ensemble du sud du pays souffre d'un manque d'établissements de santé hautement spécialisés, tels que les centres hospitalo-universitaires (CHU) et les établissements hospitaliers (EH), ce qui contraint les patients à se déplacer vers les wilayas du nord pour bénéficier de soins médicaux avancés. En revanche, les populations du nord bénéficient d'une couverture sanitaire bien plus adéquate. Cette inégalité dans la distribution des infrastructures de santé entraîne une disparité d'accès aux soins entre les habitants du nord et ceux du sud, qui dépendent de leurs ressources pour se déplacer. Par conséquent, de nombreux cas de santé se détériorent, et certains patients peuvent même décéder avant d'atteindre un hôpital. (Azri, 2022).

Les centres de lutte contre le cancer en Algérie sont au nombre de dix-sept, répartis sur les différentes régions sanitaires : quatre dans la région Centre, quatre dans la région Est, quatre dans la région Ouest, trois dans la région Sud-est et deux dans la région Sud-ouest. Ces centres disposent d'une capacité totale de 1 443 lits, mais seulement six d'entre eux sont pleinement opérationnels en raison d'un manque de personnel qualifié, notamment de radiologues. Plus de 70 % des centres sont situés dans le Nord du pays, ce qui se traduit par un ratio d'un lit pour 264 patients. Cette situation retarde considérablement la prise en charge

des malades, qui ne peuvent bénéficier de séances de radiothérapie qu'une fois la maladie atteinte à un stade avancé. Il est important de noter que le cancer était la deuxième cause de mortalité en 2018, soulignant l'urgence d'améliorer l'accès aux soins spécialisés (MSPRH , 2020). La seule maison dédiée aux diabétiques se situe à Mostaganem, tandis que l'unique institut de cardiologie se trouve à Alger. En ce qui concerne les soins d'hémodialyse, le pays compte quinze centres publics, et il existe huit centres spécialisés dans le traitement du VIH/SIDA. Malgré l'émergence de ces maladies au cours des dix dernières années, l'investissement dans les infrastructures nécessaires pour leur prise en charge demeure très insuffisant. Cette situation souligne un besoin urgent d'améliorer les ressources et les services de santé pour mieux répondre aux défis posés par ces affections.

Une autre forme d'inégalité se manifeste, à savoir l'inégalité d'accès des différentes catégories socio-économiques. Notamment avec la baisse des dépenses publiques de soins, le reste à charge sur le malade crée une inaccessibilité financière aux soins. D'après l'ONS, l'indice de GINI¹ était de 27 en 2011 (Ibarra & Atamanov, 2017), ce qui témoigne d'une inégalité modérée de la répartition des revenus. D'ailleurs, selon les données de la banque mondiale pour la même année, les 10% les plus pauvres partagent 4% de la richesse, alors que les 10% les plus riches partagent 22,9% de la richesse². Toutefois, depuis le choc pétrolier de 2015, le pouvoir d'achat a régressé avec la baisse du PIB par habitant et l'inflation généralisée, ce qui peut créer un obstacle pour les couches sociales défavorisées, notamment avec le non remboursement de beaucoup d'acte médicaux ou le remboursement dérisoire sur la base d'une grille de tarif datant de 1987. La qualité des soins reste un défi majeur, notamment en termes de disponibilité des équipements médicaux et de compétences du personnel soignant.

En 2018, la moitié des médecins spécialistes exerçaient dans le secteur libéral, une augmentation significative par rapport à moins d'un quart en 1991. À ces chiffres s'ajoutent les médecins travaillant dans le secteur paramédical, comprenant 84 médecins spécialistes et 1 212 médecins généralistes. Ce mouvement vers le secteur libéral s'explique par les meilleures opportunités de rémunération qu'il offre. En examinant les statistiques globales,

¹ Cet indice varie entre 0 et 100. Plus sa valeur est proche de zéro, plus la société a une répartition égalitaire des revenus

² Dans un cas de parfaite égalité, chaque bloc 10% de la population recevrait 10% de la richesse. Quand ce pourcentage atteint 30%, cela signifie que la portion la plus riche de la population obtient trois fois la part qu'elle aurait obtenue dans un cas de parfaite égalité

la densité médicale dans sa globalité en Algérie pour l'année 2018 était d'un médecin spécialiste pour 1 498 habitants et d'un médecin généraliste pour 1 123 habitants.

Ces chiffres illustrent la répartition des professionnels de santé dans le pays et soulignent les défis liés à l'accès aux soins médicaux. (MSPRH , 2019)

En tenant compte que la norme établie par l'OMS est de 1,5 médecin pour 1 000 habitants (El Mahjoub, 2020), on peut conclure que la couverture sanitaire en Algérie est relativement satisfaisante, avec une densité de 1,72 médecin pour 1 000 habitants en 2018, bien que ce chiffre ait légèrement diminué par rapport à 1,79 en 2017 (BM, 2020), À l'échelle mondiale, la moyenne était de 1,56 médecin pour 1 000 habitants en 2017. Ces données soulignent l'efficacité du système de santé algérien par rapport aux standards internationaux. (BM, 2020).

Le problème majeur réside dans la répartition des professionnels de santé, l'accessibilité aux soins et l'offre dans les spécialités médicales les plus sollicitées, notamment en raison de la transition sanitaire, comme la cardiologie et l'oncologie. En comparant les indices de densité médicale entre les pays du Maghreb en 2017, il est évident que l'Algérie se classe en tête, suivie de la Tunisie, qui affichait une densité de 1,3 médecin pour 1 000 habitants. Cette situation met en lumière les défis d'accès aux soins dans certaines spécialités, malgré une densité médicale relativement élevée (Ministère de la santé, 2019) et du Maroc avec 0,73 médecins seulement pour 1 000 habitants (Ministère de la santé, 2018).

La répartition des médecins spécialistes présente de fortes disparités entre les différentes régions sanitaires. En effet, une grande concentration de praticiens se retrouve dans les régions du Nord, tandis que le Sud souffre d'un manque significatif de professionnels de santé. Cette situation s'explique par des conditions climatiques difficiles dans le Sud, ainsi que par l'attractivité économique du secteur libéral dans le Nord, qui offre de meilleures opportunités de rentabilité.

Cette tendance vers la privatisation des soins spécialisés reflète l'essor du marché privé de la santé, en particulier pour des actes médicaux conventionnés par la sécurité sociale, tels que l'hémodialyse, la chirurgie générale, la gynécologie-obstétrique et l'ophtalmologie. Cette dynamique soulève des questions importantes sur l'équité d'accès aux soins dans les différentes régions du pays. (Zehnati & Peyron, 2015). Un autre facteur qui contribue à la mauvaise répartition du personnel médical est la faible mobilité des médecins, en particulier des femmes, qui hésitent à se déplacer vers d'autres wilayas pour des raisons sociales. De

plus, de nombreux médecins expriment leur mécontentement face aux conditions de travail défavorables dans les régions du Sud, notamment en ce qui concerne le logement. Ce contexte explique leur réticence à accepter des postes dans ces zones, malgré le besoin urgent de toutes les spécialités médicales (Lamri, 2021).

Le problème de la prise en charge de la transition sanitaire réside dans l'inadéquation entre l'offre de soins et la demande en matière de spécialités médicales. En effet, plusieurs spécialités, telles que la cardiologie, la diabétologie-endocrinologie, l'oncologie et l'hématologie, souffrent d'un déficit significatif, particulièrement face à l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. La répartition des médecins dans ces spécialités est non seulement insuffisante, mais également mal répartie sur le territoire national. Par exemple, en ce qui concerne les cardiologues, il y a en moyenne un médecin pour 77 868 habitants à l'échelle nationale, avec des disparités marquées : dans la région sanitaire centrale, il y a un médecin pour 50 389 habitants, tandis que dans le Sud-Est, ce ratio grimpe à un médecin pour 332 077 habitants.

Malgré le fait que les maladies cardiovasculaires soient la première cause de mortalité en Algérie, cette situation souligne l'urgence d'une réévaluation et d'une amélioration de l'accès aux soins spécialisés dans tout le pays (Azri, 2022).

Les patients nécessitant des soins hautement spécialisés rencontrent plusieurs obstacles dans leur prise en charge. D'une part, il existe une pénurie de médecins spécialistes, et d'autre part, les structures médicales spécialisées sont souvent éloignées ou insuffisantes. Cela se traduit par des délais d'attente très longs pour les consultations, les actes médicaux et les interventions chirurgicales, en particulier dans le secteur public, où le nombre de lits disponibles est limité. Ces difficultés poussent de nombreux patients à se tourner vers le secteur privé, qui est principalement concentré dans les grandes agglomérations du Nord. Cependant, l'accès à ces services privés reste problématique pour les patients à faibles revenus, exacerbant ainsi les inégalités en matière de soins de santé.

1.4. Comparaison internationale des dépenses de santé

Afin de situer le niveau des dépenses nationales de santé par rapport aux pays du monde, il est indispensable d'effectuer une comparaison internationale, pour voir l'efficacité de ces dépenses à travers les résultats obtenus en termes d'indicateurs sanitaires.

1.4.1. Comparaison des dépenses de santé de l'Algérie par rapport aux pays de la région MENA

L'Algérie, à l'instar de nombreux autres États, cherche à améliorer son système de santé tout en optimisant ses ressources. Les dépenses de santé en Algérie ont connu une croissance significative ces dernières décennies, reflétant une volonté d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services offerts. Mais comparé aux pays de la région MENA (Middle East and North of Africa), les dépenses de santé en Algérie sont efficaces ; vu qu'il parvient à obtenir la même espérance de vie à la naissance que l'Arabie saoudite, pour 20,6% seulement des dépenses de santé par habitant dans ce dernier !! Au sein de la région maghrébine, l'Algérie se classe au troisième rang en matière de dépenses de santé, avec 6,9 % de son PIB, derrière la Tunisie (7,3 %) et le Maroc (5,74 %). Cependant, lorsqu'on examine les dépenses de santé par habitant, l'Algérie se positionne en deuxième place, juste après la Tunisie. Malgré des dépenses de santé par habitant inférieures, l'Algérie affiche le meilleur niveau d'espérance de vie à la naissance dans le Maghreb.

Il est également important de noter que, dans les pays voisins, les dépenses de santé privées surpassent celles du secteur public. En effet, en 2021, les dépenses privées représentaient 60 % des dépenses totales de santé. Cette situation souligne les disparités dans l'accès aux soins et la nécessité d'améliorer les infrastructures de santé publique pour garantir un meilleur service à l'ensemble de la population (UNICEF, 2024) en Tunisie, 73% au Maroc (Ezzrari, 2022), contre 37% en Algérie (Zehnati & Peyron, 2015). La situation en Algérie témoigne d'une véritable socialisation des dépenses de santé, illustrant la volonté de l'État de considérer l'accès aux soins comme un droit constitutionnel. Cette approche vise particulièrement à protéger les populations défavorisées en leur garantissant des soins de santé primaires gratuits. En effet, l'engagement de l'État à assurer une couverture sanitaire pour tous, sans distinction de revenu, reflète une priorité accordée à l'équité et à la solidarité dans le système de santé. Cette politique contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins et à améliorer la santé globale de la population.

En 2021, les dépenses nationales de santé en Algérie ont dépassé de 5,15 % la moyenne observée dans la région du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Cette tendance se reflète également dans les dépenses de santé par habitant, qui sont supérieures à la moyenne régionale. De plus, l'Algérie affiche une espérance de vie à la naissance et une densité de médecins pour 1 000 habitants qui surpassent celles de la région. En revanche, le taux de

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

mortalité brut pour 1 000 habitants en Algérie est inférieur à la moyenne régionale, ce qui souligne les progrès réalisés dans le secteur de la santé.

Tableau n°2: Les dépenses de santé dans la région MENA en 2021

Pays	DTS % PIB*	DTS par habitant en \$ (constant 2010)	Espérance de vie à la naissance 2022	Taux de mortalité brut 1000 H	Médecins par 1000 habitants
Algérie	5,53	250	77,13	4,33	1,73
Maroc	5,74	189,1	74,97	5,77	0,73
Egypte	4,61	180	70,16	6,39	0,71
Libye	4,02	406,9	72,15	5,95	2,16
Tunisie	6,97	268,1	74,26	7,6	1,26
Mauritanie	3,8	59,28	64,69	7,2	<u>0,19</u>
Soudan	<u>2,84</u>	30,19	65,58	6,68	0,26
Yémen	4,25	43,6	<u>63,72</u>	6,82	0,29
Syrie	3,05	<u>22,71</u>	72,3	5,05	1,19
Arabie saoudite	5,97	1 208	77,91	2,75	2,79
Iran	5,77	308,4	74,56	6,15	1,51
Irak	5,25	217	71,34	4,43	0,91
Emirats arabes unis	5,31	2 268	79,2	1,86	2,88
Jordanie	7,29	280,4	74,22	3,96	2,51
Liban	10,06	614,4	74,42	8,86	2,62
Oman	4,37	800	73,94	3,28	1,99
Koweït	5,78	1 529	80,26	2,61	2,29
Qatar	2,89	1 763,6	81,56	<u>1,08</u>	2,5
Bahreïn	4,27	997,5	79,25	2,48	0,84
Moyenne de la région#	5,15	537,37	73,77	4,91	1,55

Source : (BM, 2024)

* (OMS, 2025)

Dans la région MENA, les dépenses de santé par rapport au PIB sont les plus importantes au Liban, presque le double de l'Algérie, mais pour une espérance de vie à la naissance nettement inférieure de 3 ans de moins et un taux de mortalité brut en double. En termes de dépense de santé par habitant et de densité de médecin pour 1000 habitants, les Emirats arabes unis viennent en première position, avec plus de 9 fois les dépenses par habitants en Algérie, mais pour une différence de 2 ans de plus pour l'espérance de vie à la naissance. A la lumière des indicateurs sanitaires que l'Algérie a réussi à obtenir, on peut déduire que les dépenses de santé sont efficaces, ayant abouti à des résultats remarquables meilleurs que la moyenne dans la région MENA avec moins que la moitié de la dépense moyenne de santé par habitant dans la région.

1.4.2. Comparaison internationale des dépenses de santé

Une analyse comparative des dépenses de santé permet de situer l'Algérie par rapport aux standards internationaux et d'identifier les forces et les faiblesses de son système de santé. Comparativement aux autres pays du Maghreb, les dépenses de santé en Algérie apparaissent comme les plus élevées. Cependant, lorsqu'on les met en perspective avec celles d'autres pays en développement, voire des pays développés, ces dépenses s'avèrent largement insuffisantes, surtout face à l'augmentation des besoins de santé engendrée par la transition sanitaire. Un point préoccupant à souligner est la part croissante des dépenses privées, supportées par les ménages, qui tentent de compenser le désengagement de l'État et de la sécurité sociale dans le financement de cette transition épidémiologique. Cette situation compromet l'accessibilité financière aux soins et engendre des inégalités sociales face à un droit fondamental (Azri & Brahamia, 2018).

L'analyse comparative des dépenses de santé en Algérie avec d'autres pays met en évidence un contexte complexe et nuancé. Si l'Algérie a réalisé des progrès significatifs en matière d'accès aux soins, notamment grâce à une politique de couverture maladie universelle, des défis persistent. Mais en tenant compte les indicateurs sanitaires obtenus, les dépenses de santé en Algérie semblent être très efficaces. Prenant l'exemple des Etats unis, où les dépenses de santé par habitant sont 43 fois de plus que les dépenses en Algérie, alors qu'on se situe au même niveau d'espérance de vie !! D'ailleurs, les Etats unis se situent en première position en termes de proportion des dépenses de santé par rapport au PIB (Lechab, 2022). Le même constat est fait en comparant l'Algérie par rapport à la Russie ou au Brésil qui dépense plus que le triple de l'Algérie pour une espérance de vie nettement inférieure que la nôtre !! Toutefois, d'autres pays arrivent à faire mieux, l'Italie par exemple dépense 12

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

fois de plus que l'Algérie mais pour un gain de 5 ans en espérance de vie ! un résultat meilleur que celui de la France qui dépenses 18 fois de plus que l'Algérie pour la même espérance de vie !

Tableau n°3: Comparaison des dépenses de santé et de l'espérance de vie avec quelques pays dans le monde en 2021

Pays	Dépenses de santé % PIB (2021)	Dépenses de santé par habitant \$ ** (constant 2010)	Espérance de vie à la naissance*
Algérie	5,53	250	77,13
France	12,31	4 678	82,23
Italie	9,38	3 000	82,90
Cuba	13,79	1 005,4	78,16
Russie	7,39	754,3	72,55
Chine	5,38	603,8	78,59
Brésil	9,89	850,8	73,42
Inde	3,28	64,78	67,74
Canada	12,33	5 469,6	81,3
Etats Unis	17,36	10 891,84	77,43

Source : (OMS, 2025)

* (BM, 2024)

Les dépenses de santé en Algérie représentent un enjeu majeur pour le développement du pays. L'amélioration de l'accès aux soins, la qualité des services et la maîtrise des coûts sont des défis qui nécessitent une mobilisation de tous les acteurs concernés. Pour relever ces défis, plusieurs pistes sont envisagées, notamment le renforcement de la prévention primaire et secondaire à travers le développement des programmes de prévention des maladies chroniques et promotion de l'hygiène de vie et des comportements sains. L'Algérie

a connu une évolution significative de ses dépenses de santé ces dernières décennies. Une évolution perturbée par les différents chocs pétroliers qu'a traversé le pays. Les investissements publics ont permis d'améliorer l'accès aux soins et d'élargir la couverture maladie. L'Algérie se situe généralement dans une position intermédiaire en termes de dépenses de santé par rapport à son niveau de développement. Les dépenses sont supérieures à celles de nombreux pays à faible revenu mais inférieures à celles des pays à revenu élevé. Cependant, des défis persistent. L'équité territoriale dans l'accès aux services reste à améliorer, tout comme la qualité des soins dans certaines régions. La transition démographique, avec le vieillissement de la population, pose de nouveaux enjeux en termes de maladies chroniques et de besoins en soins de longue durée. Malgré ces défis, l'Algérie poursuit ses efforts pour renforcer son système de santé et garantir une meilleure prise en charge de sa population. La réforme du secteur est en cours, avec une volonté de renforcer la prévention, de promouvoir les soins de premier niveau et de digitaliser les services. L'avenir du système de santé algérien dépendra de la capacité du pays à s'adapter aux évolutions démographiques et économiques, tout en assurant une couverture santé universelle et de qualité.

Section 02: La structure des dépenses de santé en Algérie.

La structure des dépenses de santé en Algérie illustre un système complexe, marqué par des évolutions notables au fil des décennies. Dès les premières années suivant l'indépendance, l'État a placé la prévention au cœur de sa politique de santé, en finançant des initiatives visant à éradiquer les maladies transmissibles et à diminuer la mortalité. Pour ce qui est des soins curatifs, leur financement était principalement assuré par les caisses de sécurité sociale pour les assurés, par les communes pour les plus démunis, et par les usagers eux-mêmes (Chaouche, 2014). L'instauration de la gratuité des soins en 1973 a supprimé les barrières financières à l'accès aux soins, ce qui a entraîné une consommation accrue de services de santé. Cette situation a conduit à une forte augmentation des dépenses de santé, alimentée par la hausse des prix des médicaments ainsi que par les changements épidémiologiques et démographiques. Ainsi, le système de santé algérien a dû s'adapter à une demande croissante, tout en faisant face à des défis financiers persistants. En 2025, le gouvernement algérien a prévu d'allouer plus de 7,5 milliards de dollars au secteur de la santé, représentant une augmentation de 19 % par rapport à l'année précédente. Cette allocation budgétaire témoigne de l'engagement de l'État à améliorer l'accès aux soins et à

répondre aux défis croissants liés à la santé publique, notamment en raison de la croissance démographique rapide et des besoins sanitaires en constante évolution.

La répartition des dépenses de santé en Algérie se divise principalement entre un secteur public, qui offre des soins gratuits à tous les citoyens, et un secteur privé, qui fonctionne à but lucratif et dont l'accès est payant. Cette dualité permet aux patients de choisir entre des services de santé financés par l'État, garantissant ainsi l'accès universel, et des cliniques privées qui, bien que coûteuses, peuvent offrir des services plus rapides et personnalisés. Cette structure souligne les défis et les opportunités d'un système de santé en évolution, où l'équilibre entre l'accessibilité et la qualité des soins reste un enjeu majeur. Les principaux contributeurs au financement de la santé en Algérie sont :

- L'État, pilier central via le budget national, qui assure le fonctionnement des infrastructures publiques et les programmes de santé prioritaires, mais dont les capacités dépendent fortement des revenus pétroliers.
- La sécurité sociale, chargée de mutualiser les risques via les cotisations des travailleurs formels, mais limitée par l'ampleur de l'économie informelle.
- Les ménages, dont les dépenses directes (out-of-pocket) révèlent les lacunes de la couverture sociale et pèsent lourdement sur les foyers les plus précaires.
- Et les assurances privées, en émergence, qui ciblent une frange restreinte de la population, accentuant parfois les inégalités d'accès.

Cette section explore la structure des dépenses de santé en Algérie en mettant en lumière les principaux acteurs de financement; l'État à travers le budget national, la sécurité sociale, les assurances privées et les ménages via les dépenses directes; et leurs interactions. L'objectif étant de décrypter les dynamiques financières du secteur de la santé en Algérie, d'évaluer leur efficacité en matière d'inclusion sociale, et d'identifier les leviers d'amélioration pour une politique de santé plus juste et pérenne.

2.1 Les dépenses publiques

Ils ont enregistré une croissance notable ces dernières années, reflétant les priorités du gouvernement en matière de santé publique et les défis auxquels le système de santé est confronté. Les dépenses publiques de santé englobent à la fois les coûts liés à l'équipement et ceux associés au fonctionnement du ministère de la Santé. Ces dépenses sont essentielles pour garantir le bon fonctionnement du système de santé, en permettant l'acquisition de matériel médical et en soutenant les opérations quotidiennes des établissements de santé.

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

Selon la loi de finances pour 2025, le budget alloué au ministère de la Santé s'élève à 1 041 milliards de dinars, le plaçant au cinquième rang des dépenses publiques. Ce budget suit ceux des ministères des Finances (3 633,45 milliards de dinars), de la Défense nationale (3 349,5 milliards de dinars), de l'Éducation nationale (1 716,17 milliards de dinars) et de l'Intérieur (1 389,14 milliards de dinars). Ainsi, les dépenses de santé représentent 6,2 % du budget de fonctionnement total de l'État pour l'année 2025 (Ministère des Finances, 2024). Ajouté à cela, deux fonds spéciaux de fonctionnement prévus au titre de l'exercice 2025 et affecté dans le compte du trésor public. À savoir:

- Un fonds dédié aux urgences et aux activités de soins médicaux a été établi avec un montant de 43,3 milliards de dinars, conformément aux dispositions de l'article 70 de la loi n° 20-07 du 4 juin 2020, qui porte sur la loi de finances complémentaire pour 2020. Ce fonds a pour objectif de financer la prise en charge des soins liés aux maladies causées par la consommation de produits du tabac, de soutenir les campagnes d'information sur la lutte contre le tabagisme, ainsi que de couvrir les dépenses médicales résultant d'événements exceptionnels. Son financement provient d'une part des recettes générées par la taxe additionnelle sur les produits tabagiques, ainsi que de la redevance stipulée par l'article 68 de la loi de finances pour 2000, et des dotations budgétaires allouées à cet effet.
- Un fonds de lutte contre le cancer a été établi avec un montant de 71,5 milliards de dinars. Ce fonds est destiné à financer diverses initiatives, notamment des opérations de sensibilisation, des programmes de prévention et des campagnes de dépistage précoce du cancer, ainsi que les traitements nécessaires pour les patients atteints de cette maladie (loi n° 10-13, 2010).
- Le plan national de lutte contre le cancer pour la période 2015-2019 a engendré des dépenses s'élevant à 82,619 milliards de dinars, financées par le ministère de la Santé. Cette initiative visait à renforcer les efforts de prévention, de dépistage et de traitement du cancer dans le pays (MSPRH , 2020). Les dépenses publiques de santé sont couvertes par deux sources de financement matérialisées par deux budgets (Boulahrik, 2016) :
- **Un budget de fonctionnement :** est alloué pour couvrir les dépenses liées à la prévention, à la gestion quotidienne, aux salaires du personnel, aux subventions destinées aux producteurs de biens et de services médicaux, ainsi qu'aux paiements de transfert aux ménages pour compenser les frais de soins médicaux. Ce budget

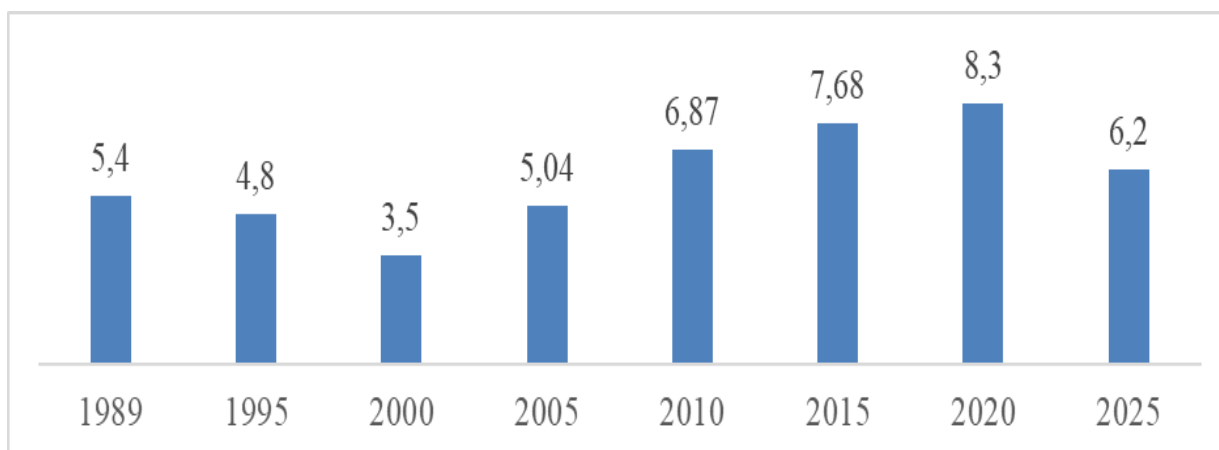
inclut également des fonds pour la formation et la recherche. Il est principalement financé par deux sources : l'État, à travers des dotations budgétaires issues des impôts, et la sécurité sociale, via un forfait hospitalier financé par les cotisations sociales des assurés.

- **Un budget d'équipement** : est destiné à financer les projets d'investissement dans le secteur de la santé. Ce budget permet de soutenir l'acquisition de nouveaux matériels, la construction de nouveaux hôpitaux, la modernisation des infrastructures existantes et le développement de technologies innovantes, contribuant ainsi à l'amélioration des services de santé offerts à la population. Ce budget est entièrement financé par l'Etat. Le budget d'équipement comporte deux catégories de dépenses : « les programmes sectoriels centralisés » (PSC) et « les programmes sectoriels déconcentrés » (PSD).

D'autres dépenses budgétaires sont également engagées par diverses institutions disposant de leurs propres structures de soins, telles que le ministère de la Défense nationale et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique. Cependant, ces dépenses ne sont pas prises en compte dans les statistiques nationales des dépenses de santé publique, ce qui limite leur intégration dans l'analyse globale du financement de la santé (Zehnati, 2014).

La proportion du budget allouée à la santé a évolué au rythme de la conjoncture économique, du pays, influencée par les crises économiques et les chocs pétroliers qu'à traversées le pays.

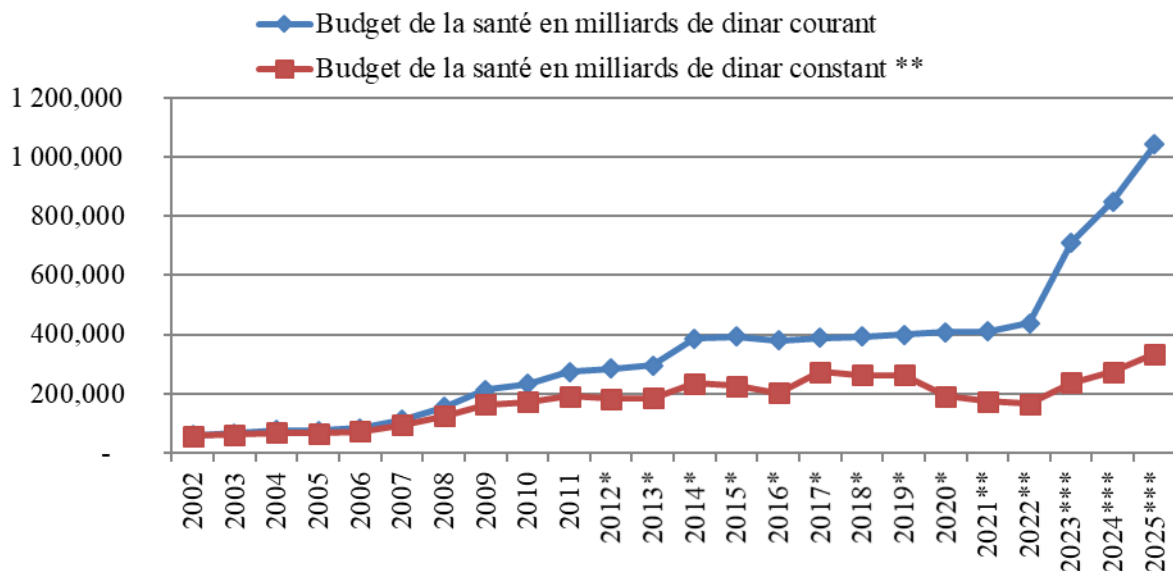
Figure n°31 : Dépenses publiques de santé en % du budget total de l'Etat



Source: (Ministère des Finances, 1980-2025)

Par rapport au budget total de l'Etat, le budget de la santé représente 6,2% en 2025 contre 5,4% en 1989. Une évolution non homogène marquée par des tendances opposées. En effet, entre 1989 et 2000, la proportion du budget de la santé par rapport au budget total de l'Etat a connu une baisse de 35,2%. Une période marquée par une crise sécuritaire, qui a modifié les priorités de l'Etat. À partir de l'an 2000, les années de crise en Algérie ont été suivies d'une période de prospérité économique, permettant au secteur de la santé publique de bénéficier d'un budget considérablement augmenté, atteignant 82 milliards de dinars en 2003, après avoir stagné pendant longtemps autour de 53 milliards de dinars (Kara Terki, Bendiabdellah, & Kara Terki, 2015). Les mesures de rattrapage ont principalement visé le personnel de la santé, dont les salaires ont été revalorisés de 50 % à 100 %, selon les cas. Entre 2000 et 2020, la proportion du budget de la santé a plus que doublé (fois 2,37), grâce à l'aisance financière suite au contre choc pétrolier, d'une part. Et aux changements morbides marqués par la prolifération des maladies chroniques devenues premières causes de décès, d'autres parts. À partir de 2020, la proportion du budget de la santé dans le budget global de l'Etat a baissé de 25,3%. Cette tendance est due à l'augmentation du budget de l'Etat plus proportionnelle que le budget de la santé. Or, ce dernier a connu une hausse continue en dinar courant.

Figure n°32 : Budget de fonctionnement du ministère de la santé (KDA) (base 2001)



Source : (MSPRH, 2012).

* (JORADP, 2019)

** (MSPRH, 2025).

*** (JORADP, 2025)

Les dépenses publiques de santé en Algérie ont connu une multiplication par plus de 30 fois au cours des 25 dernières années (2000-2025), du fait de la socialisation des dépenses de santé (Chaoui & Legros, 2013), d'une part; et par le changement de la consommation des soins induit par la transition sanitaire, d'autres parts.

Entre 2002 et 2014, les dépenses publiques de santé en Algérie ont été multipliées par sept en dinars courants, grâce à une amélioration de la situation financière du pays. Cependant, lorsque l'on considère cette évolution en dinars constants, il apparaît que les allocations budgétaires n'ont en réalité augmenté que de cinq fois durant la même période, ce qui souligne l'impact de l'érosion monétaire. Par ailleurs, entre 2014 et 2020, ces allocations budgétaires ont tendance à stagner, voire à diminuer, en raison du choc pétrolier survenu à la fin de l'année 2014, qui a entraîné une baisse des recettes de l'État.

La récente baisse des prix du pétrole met à nouveau en lumière la dépendance de l'économie algérienne à la rente pétrolière, un problème déjà rencontré à la fin des années 1980. Cette situation rappelle les défis économiques que le pays a dû surmonter lors de précédentes crises, soulignant la nécessité d'une diversification économique pour atténuer les impacts des fluctuations des prix des hydrocarbures (Kara Terki, Bendiabdellah, & Kara Terki, 2015). A partir de 2020, les dépenses de santé affichent une nette progression, elles se sont multipliées par plus de 2,5 fois en dinar courant, et par 1,7 fois en dinar constant.

Malgré la crise économique sans précédent engendrée par la pandémie de Covid-19, l'économie algérienne a démontré une certaine résilience face à ce choc. L'État a renforcé son engagement en matière de financement de la santé pour répondre aux besoins croissants de la population en matière de soins. Cependant, il est à noter que les dépenses consacrées au personnel et aux médicaments représentent 71,34 % du budget, ce qui limite les ressources allouées à d'autres domaines essentiels tels que la formation et la prévention. Cette situation souligne l'importance d'un équilibre dans les priorités budgétaires pour garantir une réponse globale et efficace aux défis de santé publique. D'où les soins curatifs prime sur les soins préventifs, alors que, dans le cas des maladies chroniques, longues et coûteuses, les soins curatifs ne permettent que d'alléger les symptômes, où la prévention est plus efficace.

L'État algérien joue un rôle crucial dans le financement du secteur de la santé, notamment à travers le budget de fonctionnement, qui, bien qu'ayant connu des fluctuations, demeure une part significative du budget global, occupant la cinquième position. Les

dépenses publiques de santé en Algérie sont en constante augmentation, mais elles doivent faire face à des défis structurels majeurs. L'engagement du gouvernement à investir dans ce secteur est essentiel pour améliorer l'accès et la qualité des soins. Cependant, des réformes sont indispensables pour répondre efficacement aux besoins croissants de la population algérienne.

2.2 Dépenses de la sécurité sociale

Les dépenses de santé en Algérie ont connu une croissance continue ces dernières années, influencées par plusieurs facteurs clés. Cette augmentation est le résultat de la transition sanitaire, qui a entraîné un développement significatif de l'offre de soins, ainsi que de l'amélioration du niveau de vie des Algériens. De plus, l'extension relative de la couverture sociale a permis à une majorité de la population d'accéder à des soins de santé. Ces éléments combinés soulignent l'importance d'une réponse adaptée aux besoins croissants en matière de santé dans le pays (Brahamia, 2014).

Les dépenses de santé sont principalement financées par la CNAS et la CASNOS. Ces organismes collectent des contributions obligatoires des employeurs et des employés, qui servent à couvrir les frais médicaux, y compris les soins hospitaliers, les médicaments et les traitements. Les recettes de la sécurité sociale en Algérie proviennent principalement des cotisations obligatoires, tant patronales que salariales, qui sont établies selon des taux différenciés fixés par la législation en vigueur. Ces caisses d'assurance sociale couvrent divers risques liés à la santé, notamment la maladie, la maternité, l'invalidité, ainsi que les accidents du travail et les maladies professionnelles. La CNAS offre des prestations tant en nature qu'en espèces, tandis que la CASNOS se limite uniquement aux prestations en nature. Cette structure de financement est essentielle pour garantir un accès adéquat aux soins de santé pour la population.

La sécurité sociale finance les soins à travers plusieurs volets, elle participe au budget de fonctionnement des structures de santé via un forfait versé annuellement au ministère de la santé, et elle assure le remboursement des frais de consultations, médicaments, actes biologiques et radiologiques, etc.

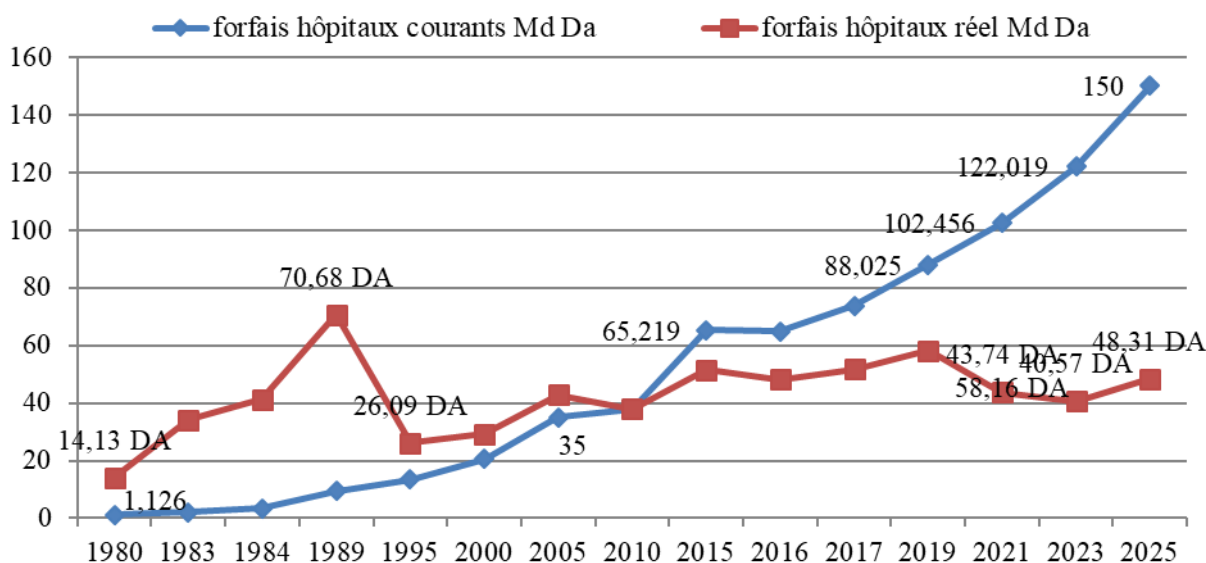
2.2.1. L'évolution du forfait hôpitaux

Pour financer l'augmentation de la consommation des soins, l'État a mobilisé les ressources de la CNAS en allouant un forfait annuel au budget de la santé. Cette démarche

visé à garantir un soutien financier adéquat face à la demande croissante de services de santé, tout en assurant la pérennité du système de protection sociale.

Dans le cadre de la loi de finances, le montant de la participation forfaitaire est déterminé par l'État selon ses propres prévisions, sans qu'il y ait de négociation préalable ni de contrôle a posteriori. Cette participation est versée aux établissements hospitaliers par les caisses d'assurance sociale pour couvrir les coûts des journées d'hospitalisation et des actes médicaux fournis aux patients assurés (article 65). Cette approche vise à assurer un financement adéquat des services de santé tout en tenant compte des besoins croissants de la population (Loi 83-11, 1983). De plus, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale a également financé la construction de nouvelles infrastructures hospitalières. Ces initiatives ont considérablement augmenté le budget alloué au secteur de la santé, qui a atteint près de 7 % du PIB à la fin des années 1980. Cette hausse témoigne de l'engagement de l'État à améliorer l'accès aux soins et à moderniser les services de santé pour répondre aux besoins croissants de la population (Chaoui & Legros, 2013).

Figure n°33 : Forfait hospitaliers de 1980 à 2025 (milliards Da) (Base 2010)



Source : (Ministère des Finances, 1980-2025)

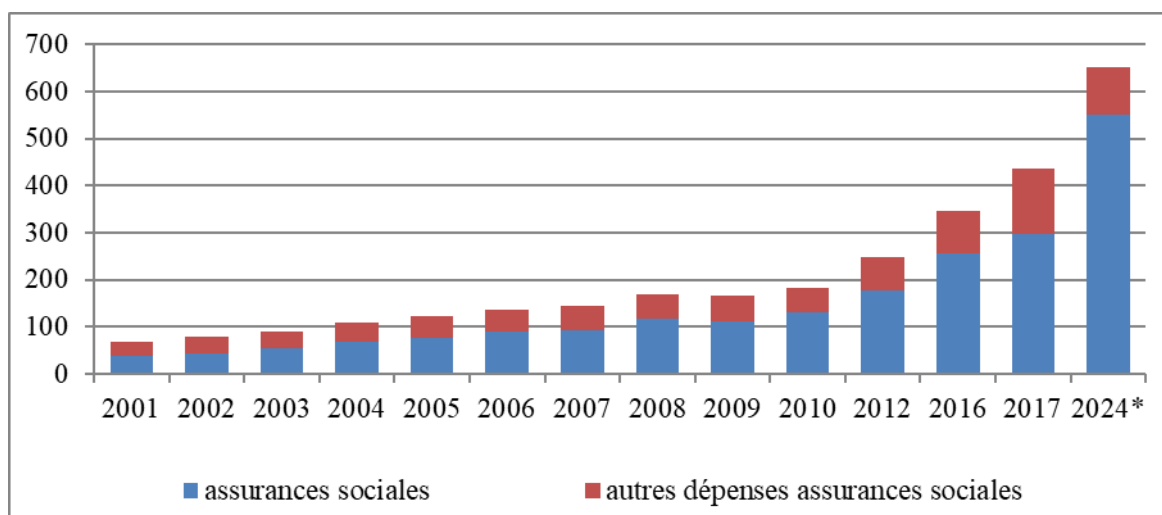
L'analyse des données réelles révèle que le montant du forfait hospitalier a été multiplié par 3,4 au cours des 45 dernières années, contrairement aux données courantes qui indiquent un coefficient de multiplication supérieur à 133. Un pic notable a été observé en 1989, en lien avec la valeur de la monnaie avant le Plan d'Ajustement Structurel (PAS) et la dévaluation significative de la monnaie durant les années 1990. Depuis 2015, la progression

du forfait hospitalier est restée presque stable, avec une légère régression, en raison du contexte de crise économique que traverse le pays et de l'évolution du taux d'inflation. Cette situation souligne les défis persistants auxquels le système de santé est confronté dans un environnement économique difficile.

2.2.2. Dépenses en prestations sociales de la CNAS

Les dépenses liées aux prestations sociales ont connu une forte augmentation, en particulier celles consacrées au remboursement des produits pharmaceutiques et aux indemnités journalières, depuis la dernière revalorisation du Salaire National Minimum Garanti (SNMG) en 2020. Cette progression souligne l'impact significatif des ajustements salariaux sur les coûts des prestations, reflétant ainsi une réponse aux besoins croissants des bénéficiaires dans un contexte économique en évolution (Décret Présidentiel n° 21-137, 2021).

Figure n°34 : Dépenses des prestations sociales de la CNAS (milliards Da)



Source : (ONS, 2018)

* (Directeur des prestations , 2025)

Les dépenses liées aux assurances sociales, englobant la maladie, la maternité, l'invalidité et l'assurance décès, ont connu une augmentation significative, passant de 68 milliards de dinars en 2001 à 650 milliards de dinars en 2024. En 2024, ces dépenses représentent plus de 84,62 % du total des dépenses en assurances sociales.

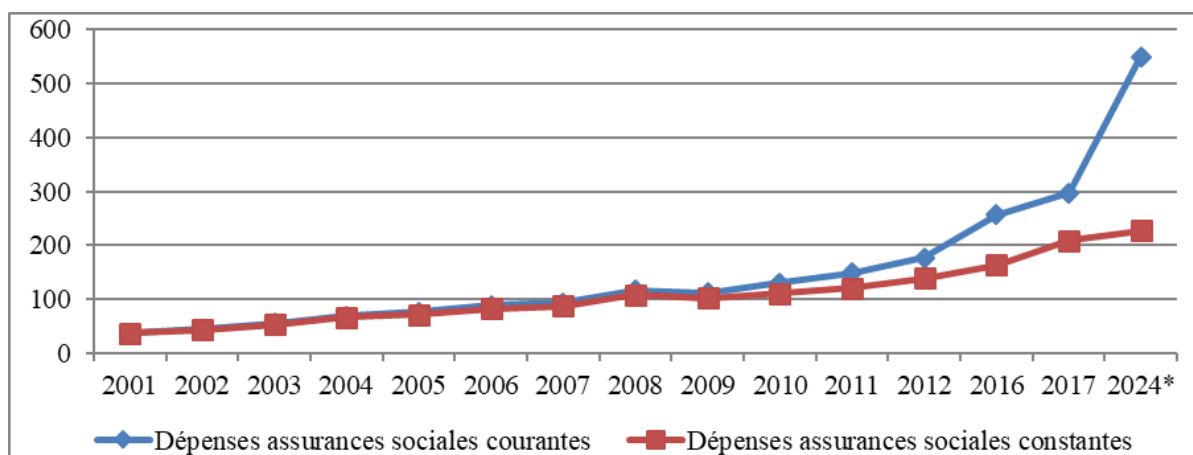
Les autres postes de dépenses incluent les indemnités pour accidents de travail et maladies professionnelles, les forfaits hospitaliers, ainsi que les frais de prise en charge pour des soins à l'étranger. La structure des dépenses a également évolué, avec les assurances

sociales accaparant plus de 84,62 % des dépenses totales en 2024, contre environ 47 % en 2001.

Concernant les dépenses pour les soins à l'étranger, celles-ci ont considérablement diminué grâce aux conventions de prise en charge établies entre la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) et des hôpitaux et cliniques privées spécialisés dans certaines pathologies, telles que les cliniques d'hémodialyse et de chirurgie cardiaque. Ces accords ont permis de réduire significativement les coûts liés à la prise en charge des soins à l'étranger, en offrant des prestations qui ne sont pas ou peu disponibles dans le secteur public.

Bien que les dépenses en assurances sociales affichent un taux de croissance élevé, une analyse des mêmes dépenses en dinars constants révèle une progression plus modérée. En effet, plus de 58 % de ces dépenses sont attribuables à l'érosion monétaire, ce qui atténue l'impact réel de cette croissance sur le pouvoir d'achat et la capacité de financement des prestations.

Figure n°35 : Dépenses des assurances sociales (en milliards de dinars)



Source : (ONS, 2018)

* (Directeur des prestations , 2025)

Les dépenses réelles des assurances sociales ont été multipliées par plus de six en l'espace de 24 ans, passant de plus de 37 milliards de dinars en 2001 à près de 228 milliards de dinars en 2024. Cette évolution significative est principalement attribuée à l'augmentation des remboursements de médicaments. En revanche, les autres postes de dépenses de la sécurité sociale ont progressé de manière plus modeste, en raison du fait que la liste des tarifs de remboursement des actes médicaux n'a pas été mise à jour depuis 1987. Cette stagnation

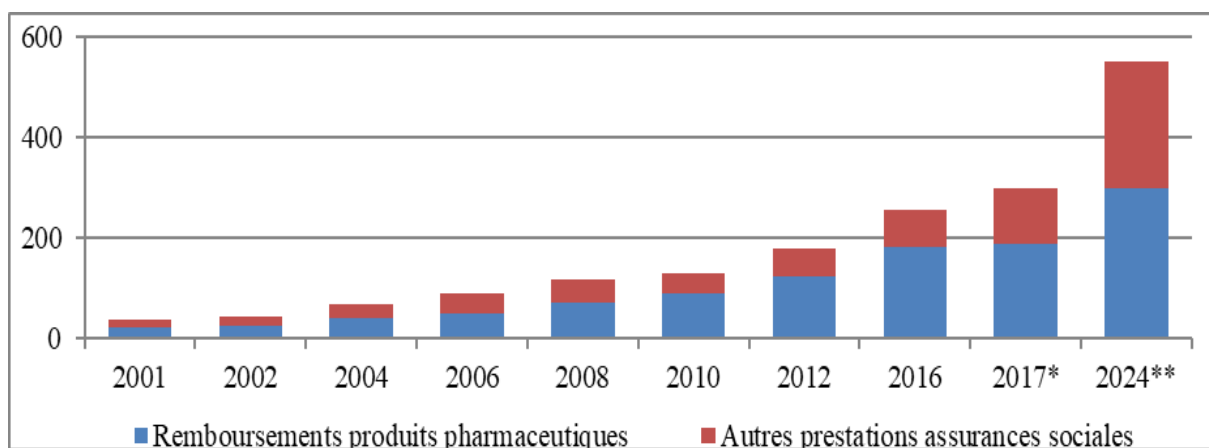
dans l'actualisation des tarifs a limité la capacité d'adaptation des dépenses aux besoins croissants de la population.

2.2.3. Dépenses de remboursement des médicaments

Le poste des dépenses liées aux remboursements de médicaments prend une importance croissante, principalement en raison de la transition épidémiologique. Cette évolution est marquée par une augmentation des maladies chroniques et des besoins en soins, ce qui entraîne une pression accrue sur les budgets de santé. Ce poste constitue le principal décaissement dans les assurances sociales.

Les remboursements des produits pharmaceutiques ont atteint 298 milliards de dinars en 2024, tandis que les autres prestations des assurances sociales se chiffrent à 252 milliards de dinars. En ce qui concerne les remboursements des prestations en nature, tels que les consultations médicales, les actes de radiologie et les analyses médicales, ceux-ci sont effectués à des tarifs dérisoires, bien en deçà des coûts réels de ces services. Cette situation souligne un déséquilibre préoccupant dans le système de remboursement, qui nécessite une réévaluation pour mieux refléter la valeur des soins fournis.

Figure n°36 : Structure des dépenses des assurances sociales (milliards de dinars)



Source : (ONS, 2018)

* (ONS, 2018)

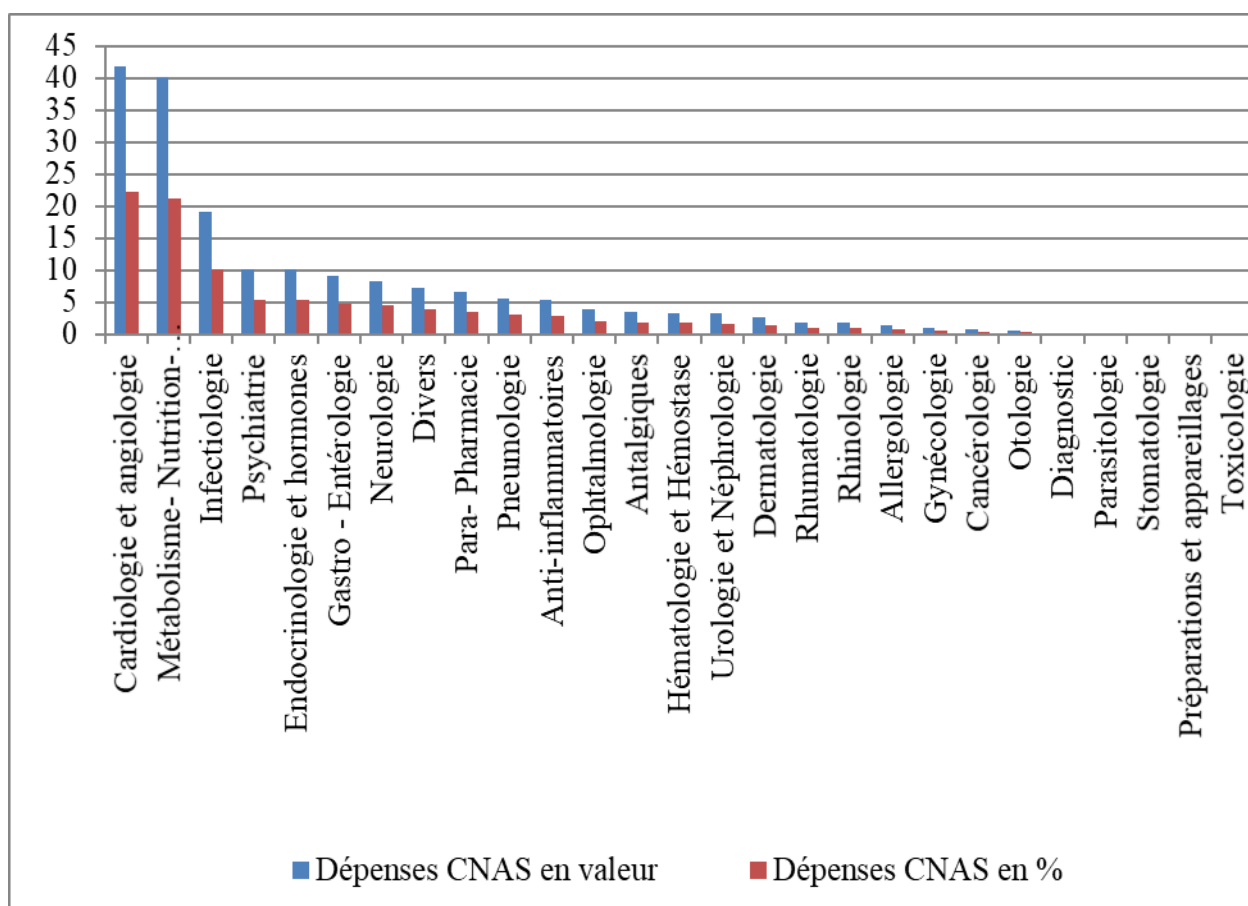
*** (Directeur des prestations , 2025)

La CNAS prend en charge le remboursement des frais avancés pour les actes médicaux, conformément aux tarifs de référence établis dans le code de l'acte professionnel des praticiens, tel que défini par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) de l'arrêté du 4 juillet 1987. Cependant, l'augmentation de la demande de soins n'a pas eu

l'impact escompté sur l'ensemble des dépenses des assurances sociales. En effet, seul le poste des remboursements de médicaments a connu une nette progression, principalement en raison de l'augmentation de la consommation de médicaments coûteux destinés aux maladies chroniques. Cette tendance est confirmée par l'analyse de la répartition des remboursements des médicaments par classe thérapeutique.

En 2017, les remboursements des médicaments liés à la cardiologie, au métabolisme et à l'infectiologie représentaient 53 % des dépenses de prestations sociales de la CNAS. Ce chiffre illustre le schéma morbide de la population, conséquence de la transition sanitaire. Cette tendance à la hausse est principalement due à l'augmentation des remboursements pour les médicaments destinés aux maladies chroniques.

Figure n°37 : Dépenses de remboursement des médicaments par la CNAS en 2017 (milliards de dinar)



Source : (Conseil de la concurrence, 2019)

Il est également important de prendre en compte les dépenses liées aux maladies chroniques nécessitant des interventions chirurgicales, telles que les maladies

cardiovasculaires et articulaires, ainsi que celles requérant des soins réguliers, comme pour les patients souffrant d'insuffisance rénale. En 2017, le montant total des remboursements pour les médicaments a dépassé 189 milliards de dinars, un chiffre qui reste bien en deçà de la consommation totale de médicaments, estimée à 430 milliards de dinars selon les statistiques d'IQVIA Algérie (Conseil de la concurrence, 2019).

Pour maîtriser la hausse des dépenses de remboursement des médicaments par la sécurité sociale, l'État a instauré une politique visant à encourager et promouvoir l'utilisation de médicaments génériques. Cette initiative repose sur des conventions établies entre les organismes de sécurité sociale et les médecins traitants, qui s'engagent à prescrire des médicaments génériques ou des médicaments fabriqués localement. En contrepartie, ces praticiens bénéficient d'une majoration de leur rémunération. Cette stratégie vise à optimiser les coûts tout en garantissant l'accès à des traitements de qualité pour la population (Le Décret Exécutif n° 09-116, 2009), d'une part; par l'instauration du tarif de référence et le droit de substitution donné aux pharmaciens (Article 205 de la loi 18-11 , 2018).

Pour encourager l'utilisation de médicaments génériques, les pharmaciens bénéficient d'une majoration de 10 % sur le montant de l'ordonnance pour la dispensation de produits dont le prix ne dépasse pas le tarif de référence. De plus, ils reçoivent une majoration de 20 % calculée sur le prix du médicament lorsqu'ils dispensent des médicaments fabriqués en Algérie lors de la vente d'un médicament générique. Enfin, il est important de noter que l'importation de médicaments fabriqués localement est interdite, renforçant ainsi la promotion des produits nationaux (Zehnati & Kaddad, 2018). Les dépenses en prestations sociales de la CNAS sont essentielles pour garantir l'accès aux soins de santé pour une large partie de la population algérienne. Cependant, la CNAS doit relever des défis financiers importants et envisager des réformes pour assurer la durabilité et l'efficacité de son système de protection sociale.

2.3 Dépenses privées

En 2018, les dépenses de santé privées en Algérie étaient estimées à environ 1,74 % du PIB. Ce chiffre a montré une tendance à la hausse par rapport aux années précédentes, où il était de 1,93 % en 2013. Historiquement, ces dépenses ont fluctué, atteignant un minimum de 0,88 % en 2002 (Hamadi, Datoussaid, & Redif, 2020). Bien que les soins publics soient gratuits, une contribution financière symbolique a été introduite pour les ménages depuis 1995, concernant les consultations et les frais d'hospitalisation dans le secteur public. Cette

mesure découle de l'arrêté ministériel du 7 janvier 1995, qui a établi un « ticket modérateur » pour les usagers, visant à les responsabiliser face aux dépenses de santé et à réguler la demande de soins. Actuellement, ce ticket est fixé à 100 DA pour une consultation auprès d'un spécialiste et à 50 DA pour une consultation avec un médecin généraliste (Abbou & Brahamia, 2017). Selon cet arrêté, certaines catégories de personnes sont exemptées du paiement de ce ticket modérateur. Cela inclut les individus en situation de précarité, conformément à la réglementation en vigueur, ainsi que ceux atteints de maladies chroniques spécifiques. De plus, les populations bénéficiant de programmes nationaux de santé et certaines catégories sociales protégées sont également concernées par cette exemption. En outre, selon l'ONS, près de 63% des dépenses de santé des ménages sont consacrées aux soins médicaux en 2011, dont une part importante pour l'achat de médicaments, selon le rapport de l'ONS (ONS, 2011). Environ 15,8% des dépenses en soins médicaux sont allouées aux consultations médicales, selon le même rapport. L'augmentation des dépenses de santé des ménages est liée à la croissance du secteur privé et à la part de plus en plus importante que les ménages consacrent aux soins dans le secteur privé. Il est important de noter que le financement de la santé par les ménages peut varier selon les régions, le niveau de revenu et l'accès aux services de santé (Kaddar, 1995).

La participation élevée des ménages au financement de leur soin, revient au reste à charge élevé que la sécurité sociale ne couvre pas. En effet, bien que celle-ci rembourse les consultations, les actes médicaux et les médicaments pour les assurés. Les tarifs des actes médicaux pratiqués par le secteur privé ne sont pas révisés par la sécurité sociale. Par conséquent, une part importante des coûts associés au développement de ce secteur repose sur les ménages. Cette situation a entraîné une modification significative de la structure des dépenses nationales en matière de santé. Les dépenses privées de santé prennent une importance croissante, englobant les paiements effectués par les ménages ainsi que divers mécanismes de tiers-payant, tels que les assurances maladie privées, y compris les mutuelles sociales (La loi 90-33 , 1990). De plus, certaines entreprises offrent des services de santé directement à leurs employés, par le biais de centres médicaux sociaux (CMS) ou de centres médicaux du travail (CMT), reconnus par le Ministère de la santé. Cette évolution souligne le rôle central des dépenses privées dans le financement du système de santé et d'autres prestations directes émanant d'organismes caritatifs et assimilés (OCDE , 2021).

Les assurances privées et les mutuelles sociales prennent en charge la portion non remboursable du prix des médicaments, soit 20 % par la sécurité sociale. Elles offrent à leurs

adhérents, ainsi qu'à leurs ayants droit, une gamme de prestations individuelles et collectives à caractère social. Cela inclut des prestations en nature, des indemnités journalières liées à l'assurance maladie, des majorations de rentes pour accidents de travail ou maladies professionnelles, ainsi que diverses aides. En outre, les assurances de personnes peuvent proposer des prestations facultatives, telles que des aides en cas de maladie, d'accident de travail ou de décès, ainsi que des soutiens au logement, en échange de cotisations spécifiques. Cette diversité de services permet aux mutuelles de répondre aux besoins variés de leurs membres tout en renforçant la protection sociale.

Les assurances de personnes représentent 11% du marché des assurances privées en 2023, animé par 9 compagnies, pour une activité globale de 18,8 milliards DA (16,3 milliards DA en 2022). Parmi les produits assurantiels, l'assurance maladie ne capte que 6% de l'ensemble de l'activité en 2023 (1% en 2022). D'où le rôle marginal attribué à ce risque (Ministère des Finances, 2023).

Les dépenses d'investissement dans le secteur privé sont évaluées à partir des données fournies par le ministère, qui recense les établissements hospitaliers, les cliniques privées, ainsi que les cabinets et les équipements libéraux (Musgrove, Zeramdini, & Carrin, 2002). Ces dépenses incluent les infrastructures, englobant à la fois les projets en cours et ceux déjà achevés. En ce qui concerne les équipements, seules les acquisitions destinées à la dotation de nouvelles structures sont prises en compte dans cette évaluation (Boulahrik, 2016). Les dépenses directes des ménages se manifestent par le biais du ticket modérateur, des dépassements d'honoraires, ainsi que des avances de frais pour les consultations privées, les actes médicaux et l'achat de médicaments. Depuis 1984, la participation financière des usagers aux coûts des soins a été instauré progressivement, entraînant le retour à des frais pour un certain nombre d'actes et de soins médicaux ambulatoires et la réintroduction du ticket modérateur dans les établissements de santé publics (Abbou & Brahamia, 2017).

Bien que la sécurité sociale rembourse les frais avancés par les ménages, les montants remboursés demeurent très faibles, car les tarifs n'ont pas été révisés depuis 1987 et sont largement inférieurs à ceux pratiqués par les professionnels de santé. Cette situation limite l'accès aux soins, en particulier pour les populations les plus défavorisées. La non-revalorisation des tarifs de référence des caisses d'assurance sociale pourrait aggraver durablement la santé des populations, en décourageant les patients de se soigner à court

terme et en favorisant l'apparition de pathologies plus graves à moyen et long terme (Djamel, 2002).

En ce qui concerne le remboursement des médicaments, les révisions fréquentes de la liste des produits remboursables entraînent une part des frais qui reste à la charge des patients. Sur les 6 191 spécialités inscrites dans la liste mise à jour au 18 mars 2018 dans le fichier CHIFA des médicaments de la sécurité sociale (Arrêté ministériel, 2008), 5 935 sont remboursables, ce qui représente 95,9 % du total. Parmi ces médicaments, on trouve 4 796 génériques et 1 369 princeps, dont 1 255 sont soumis à des conditions de remboursement spéciales (577 avec un tarif de référence et 694 avec des conditions particulières) (Keddad, 2021). De plus, le déremboursement de certains médicaments et la différence entre leur prix réel et le tarif de référence entraînent que 20 % des coûts ne sont pas remboursés (Décret 84 /27, 1984).

En raison de l'éloignement des structures de soins et des praticiens, les patients doivent également assumer des frais supplémentaires liés aux déplacements et à l'hébergement pour accéder aux soins nécessaires. Bien que l'article 9 stipule des obligations d'assistance, cette situation financièrement contraignante peut dissuader les malades de rechercher les traitements appropriés (la loi n° 83-11, 1983).

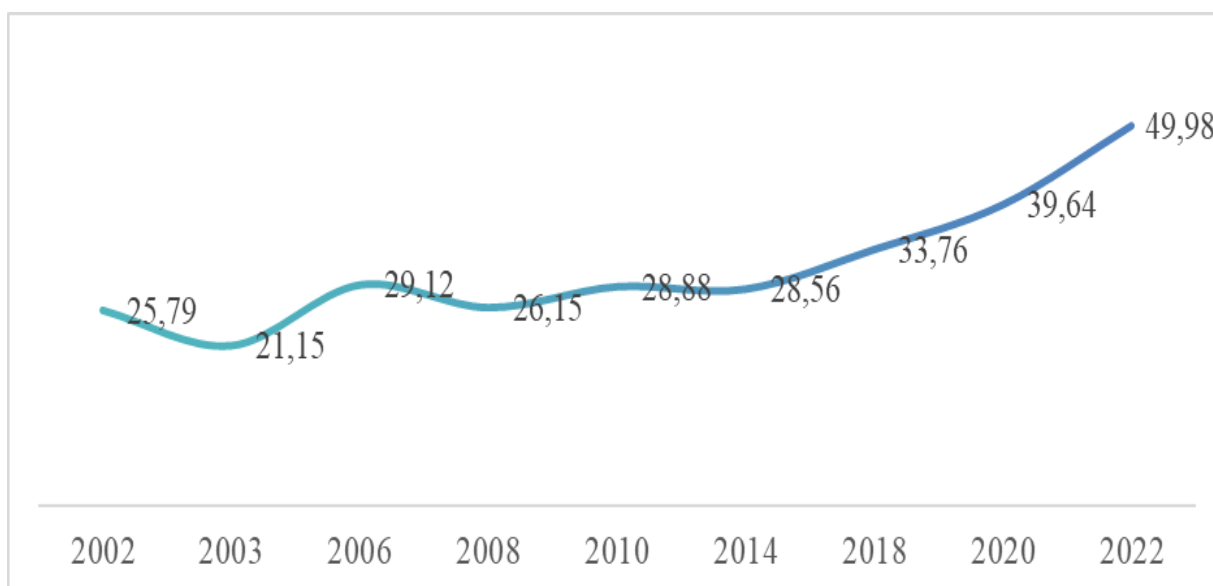
Il est prévu que l'organisme de sécurité sociale (CNAS ou CASNOS) prenne en charge les frais de déplacement de l'assuré, de ses ayants droit et de son accompagnateur lors d'un contrôle médical ou d'un traitement dans un établissement de santé situé en dehors de leur lieu de résidence. Cependant, aucun décret n'a encore été mis en place pour réglementer l'application de cette disposition. Par conséquent, une partie des coûts reste à la charge du patient. L'expansion du secteur privé a exacerbé les inégalités d'accès aux soins. Les ménages à revenu élevé peuvent se permettre des soins privés de qualité, tandis que ceux à revenu faible sont souvent contraints de recourir aux services publics, qui peuvent être insuffisants en termes de qualité et de disponibilité (Zehnati, 2025).

La part des dépenses de santé supportée par les ménages continue d'augmenter chaque année, ce qui soulève des préoccupations quant à l'accessibilité des soins (Brahamia, 2010). Cette tendance est attribuée à plusieurs facteurs :

- **Recours à la médecine libérale** : Les patients se tournent de plus en plus vers des praticiens libéraux, qui appliquent des tarifs souvent plus élevés que ceux des établissements publics, ce qui entraîne une augmentation des frais à leur charge,

- **Déremboursement de médicaments** : La suppression du remboursement de certains médicaments a également contribué à cette hausse, obligeant les patients à assumer des coûts qu'ils n'avaient pas à payer auparavant,
- **Pratiques d'automédication** : L'augmentation de l'automédication, souvent motivée par des délais d'attente prolongés dans le secteur public, pousse les individus à acheter des médicaments sans prescription, ce qui peut alourdir leur budget santé,
- **Reste à charge élevé** : Il existe un écart significatif entre les tarifs réels des actes médicaux sur le marché et ceux remboursés par la caisse d'assurance maladie (CNAS et CASNOS). Ce reste à charge important représente une charge financière supplémentaire pour les patients,
- **Insuffisances du secteur public** : Les lacunes dans le système de santé public, telles que le manque de spécialistes et les longs délais de prise en charge pour des cas graves, incitent de nombreux patients à se tourner vers la médecine libérale ou même à rechercher des soins à l'étranger. Cela aggrave les inégalités d'accès aux soins, car seuls ceux qui peuvent se le permettre peuvent bénéficier de ces alternatives (Bouziani, 2002).

Figure n°38 : Dépenses de santé directes des ménages (% des DTS)



Source: (BM, 2024)

Les dépenses de santé directs des ménages ont fortement évolué et avoisine près de la moitié des dépenses totales de santé (DTS) en 2022, d'après la banque mondiale. Alors qu'elles ne représentaient que le quart des DTS en 2002.

Le financement du système de santé algérien repose sur une diversité d'acteurs, chacun jouant un rôle crucial dans la détermination de l'accès aux soins et de l'équité au sein du système. Parmi ces acteurs, on trouve principalement l'État, qui assure une part significative du financement, ainsi que les organismes de sécurité sociale tels que la CNAS et la CASNOS, qui contribuent également à la couverture des frais de santé.

Les ménages, quant à eux, participent au financement par le biais de dépenses directes, ce qui peut parfois créer des inégalités d'accès aux soins. De plus, d'autres entités, comme les mutuelles sociales et les entreprises, interviennent également en fournissant des prestations de santé à leurs membres ou employés.

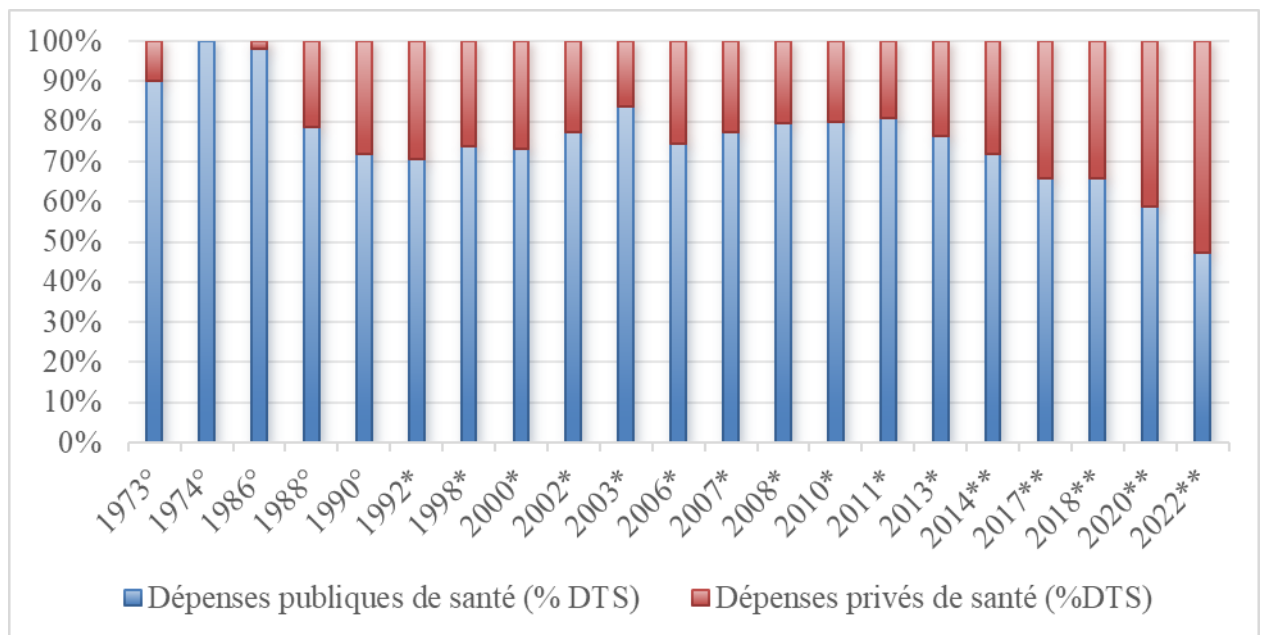
Cette pluralité de contributeurs et d'interactions entre eux façonne non seulement la structure financière du système de santé, mais influence également la qualité et l'accessibilité des soins pour la population. Il est donc essentiel de coordonner ces efforts pour garantir un système de santé équitable et efficace, capable de répondre aux besoins croissants de la population algérienne.

Les dépenses privées de santé en Algérie sont en augmentation et jouent un rôle crucial dans le financement du système de santé. Cependant, cette tendance soulève des préoccupations concernant l'équité d'accès aux soins et la qualité des services, en particulier pour les populations vulnérables. Des réformes sont nécessaires pour mieux intégrer le secteur privé dans le système de santé global et garantir un accès équitable pour tous les Algériens.

2.4 Dynamique des dépenses de santé

La contribution de chaque acteur, qu'il soit public ou privé, dans le financement des dépenses de santé en Algérie a connu d'importantes évolutions depuis 1973. À l'origine, le système était principalement financé par des sources publiques, mais au fil des années, la part des dépenses privées a progressivement augmenté. Cette transformation reflète un passage d'un modèle de financement quasi exclusivement public à une situation où les dépenses privées jouent un rôle de plus en plus significatif dans le financement global du système de santé. Cette dynamique souligne les défis croissants auxquels le système de santé est confronté, notamment en matière d'accessibilité et d'équité dans l'accès aux soins.

Figure n°39 : Structure des dépenses de santé en Algérie



Source : ° (Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire, 1995)

* (Zehnati, 2014)

** (BM, 2025)

L'évolution de la structure des dépenses de santé peut être divisée en cinq périodes distinctes, chacune marquée par des changements significatifs dans le financement et l'organisation des soins :

- **Avant la gratuité des soins :** Même avant qu'elle soit instauré en 1974, les dépenses publiques étaient majoritaires (90 %). Cette période était caractérisée par un revenu national modeste et un secteur privé peu développé, ce qui limitait l'accès aux soins pour une grande partie de la population (Zehnati & Peyron, 2015).
- **La période 1974-1987 :** Les dépenses publiques ont atteint 100 %, après l'instauration de la gratuité des soins (L'Ordonnance n° 73-65, 1973). Cette situation a été facilitée par l'amélioration des revenus de l'État, notamment grâce à la nationalisation des hydrocarbures en 1971. L'objectif principal était de réduire les inégalités d'accès aux soins et de promouvoir la justice sociale (Martinez, 2010).
- **La période 1988-2000 :** Cette période a été marquée par une diminution d'environ 5 % de la part des dépenses publiques, conséquence de la crise provoquée par le choc pétrolier de 1988 et des ajustements structurels imposés par le Programme d'Ajustement Structurel (PAS) en 1990. L'État s'est alors concentré sur la réduction des déficits budgétaires et le rétablissement de l'équilibre macroéconomique, sous la supervision du FMI (Talha, 2001).

- **La période 2001-2011 :** Cette décennie a vu un retour significatif de l'État dans le financement des grands projets publics, y compris ceux liés à la santé. Les dépenses publiques dans ce secteur ont augmenté, passant de 77,43 % en 2001 à 80,75 % en 2008, soutenues par une croissance du PIB, qui est passé de 113,7 à 165,8 milliards de dinars durant cette période (BM, 2025).
- **La période 2011-2022 :** Cette période a été marquée par un recul des administrations publiques dans le financement de la santé, avec une part des dépenses publiques tombant à 47,4 % en 2022, contre 80,75 % en 2011. Cette baisse est attribuée à diverses mesures de régulation des dépenses publiques, telles que l'introduction de tarifs de référence (2006), le déremboursement de certains soins (1990), et l'instauration du ticket modérateur (1995) (Abbou & Brahamia, 2017)). Pour la première fois depuis l'instauration de la gratuité des soins, les dépenses privées de santé ont dépassé 50 %, se stabilisant à 52,6 % en 2022, avec 49,98 % représentant les dépenses directes des ménages et le reste provenant des assurances privées.

Cette évolution met en lumière les défis croissants auxquels le système de santé algérien est confronté, notamment en matière d'équité et d'accessibilité des soins, tout en soulignant la nécessité d'une gestion efficace des ressources pour répondre aux besoins de la population

Avant 1988, l'État et la sécurité sociale constituaient presque les seuls bailleurs de fonds pour les soins de santé en Algérie, avec des dépenses publiques représentant 98,41 % du total des dépenses de santé. Cette situation a changé à partir de 1988, lorsque la libéralisation économique a été mise en œuvre, entraînant une privatisation progressive du secteur des soins. Cette transition a marqué le début d'une augmentation significative des dépenses privées, reflétant un changement dans la dynamique de financement du système de santé algérien (Zehnati & Peyron, 2015). Selon les données de la Banque Mondiale, en 2022, l'Algérie se classe au deuxième rang parmi les pays du Maghreb en ce qui concerne la part des dépenses publiques de santé. En effet, ces dépenses s'élèvent à 47,40 %, tandis qu'elles atteignent 56,62 % en Tunisie et ne dépassent que 40,91 % au Maroc. Cette situation souligne l'engagement relatif de chaque pays envers le financement public de la santé, reflétant des priorités et des contextes économiques distincts (BM, 2021). L'Algérie doit encore intensifier ses efforts en matière de financement public de la santé, surtout lorsqu'on la compare à d'autres pays dotés de systèmes de santé performants qui affichent de meilleurs indicateurs sanitaires. En 2022, les dépenses publiques de santé en France s'élevaient à 74,43 %, au Danemark à 83,95 %, à Cuba à 88,83 %, au Royaume-Uni à 78,6 % et au Japon à

83,07 %. Ces chiffres illustrent l'importance d'un financement public solide pour garantir l'accès à des soins de qualité et améliorer les résultats sanitaires.

Figure n°40 : Structure des dépenses de santé par source de financement (%)



Source : (BM, 2025), (OMS, 2025), (Brahamia, 2014)

* (WHO, 2017)

** (Atlas Mondial des Données, 2021)

*** (OMS, 2024)

L'analyse des dépenses publiques révèle que la part des dépenses de santé financées par la sécurité sociale est restée relativement stable entre 2000 et 2014. Cependant, en 2022, cette proportion a chuté à environ 10 % des dépenses totales de santé. En comparaison, la part financée par l'État est demeurée presque constante. En 2022, la contribution de la sécurité sociale a considérablement diminué, se retrouvant largement derrière celle des ménages, qui représente 52 %, et celle de l'État, qui atteint près de 38 %. Ce recul du financement par la sécurité sociale s'explique par un besoin d'équilibre financier et des ressources limitées, ce qui a eu pour conséquence de faire peser le fardeau sur les malades et de créer des inégalités d'accès aux soins entre les différentes classes sociales.

Les dépenses de santé sont influencées par plusieurs éléments, notamment :

- **L'épidémiologie:** L'émergence de nouvelles maladies et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, longues et coûteuses, ayant modifié la répartition des dépenses.

- **Les politiques publiques:** Les décisions politiques en matière de remboursement des médicaments, de développement des soins de premier niveau, ou de promotion de la santé ont influencées la répartition des dépenses.
- **Le développement technologique:** L'introduction de nouvelles technologies médicales notamment en cardiologie et en orthopédie, ont entraîné une augmentation des coûts des soins.

Cependant, malgré ces efforts, des défis subsistent, à savoir l'inégalité d'accès aux soins et la qualité des services. Ce chapitre se propose d'explorer en détail la structure des dépenses de santé en Algérie, en analysant les différentes composantes de ces dépenses, leur évolution au fil du temps, ainsi que les implications pour l'accessibilité et la qualité des soins pour la population. Aujourd'hui, le système de santé algérien, reflète les priorités socio-économiques et les mutations politiques du pays, reposant sur une architecture complexe de financement où interagissent divers acteurs institutionnels et privés. Dans un contexte marqué par des réformes ambitieuses, la question des dépenses de santé revêt une importance cruciale. Ces dépenses, qui représentaient environ 5,53 % du PIB en 2021 selon l'OMS, illustrent à la fois les efforts publics pour garantir un accès universel aux soins et les défis persistants liés aux inégalités territoriales et sociales.

Cette section a méticuleusement exploré la structure et la dynamique des dépenses de santé en Algérie, révélant un système de financement en constante évolution, marqué par l'interaction complexe entre les acteurs publics, les caisses de sécurité sociale et le secteur privé. Il a été mis en évidence que l'État demeure un pilier central du financement, allouant des budgets significatifs au secteur de la santé, bien que cette allocation soit fortement influencée par la conjoncture économique et les revenus pétroliers. Les dépenses publiques ont connu des fluctuations, mais l'engagement gouvernemental en matière d'investissement dans les infrastructures et les programmes de santé reste manifeste, malgré une prédominance des soins curatifs sur la prévention. La Sécurité Sociale joue un rôle crucial dans la mutualisation des risques et le remboursement des prestations. Cependant, malgré une croissance notable de ses dépenses, notamment pour le remboursement des médicaments, elle est confrontée à des défis majeurs tels que la stagnation des tarifs de remboursement et l'impact de l'économie informelle. Ces limitations ont un effet direct sur le "reste à charge" des ménages. Les dépenses privées, et en particulier les dépenses directes des ménages ("out-of-pocket"), ont connu une augmentation significative au fil des années, dépassant même la part publique depuis 2022. Cette tendance est exacerbée par le "ticket

modérateur", les dépassements d'honoraires dans le secteur privé, le déremboursement de certains médicaments et l'inadéquation des tarifs de remboursement de la sécurité sociale face aux coûts réels des soins.

Bien que les assurances privées de personnes émergent, elles ne ciblent qu'une frange limitée de la population, accentuant les inégalités d'accès aux soins. Historiquement, le système est passé d'une gratuité quasi-totale des soins (post-1974) à une participation croissante des ménages, reflétant les contraintes budgétaires et les ajustements économiques. Cette évolution soulève de sérieuses préoccupations quant à l'équité d'accès aux soins, les populations les plus vulnérables étant les plus impactées par l'augmentation de leur contribution directe. En somme, l'analyse des dépenses de santé en Algérie révèle un secteur en mutation, où les efforts d'investissement public et l'engagement de la sécurité sociale sont mis à l'épreuve par une demande croissante, des défis épidémiologiques et un financement qui pèse de plus en plus sur les ménages. Pour une politique de santé plus juste et pérenne, des réformes structurelles s'avèrent indispensables afin d'améliorer l'efficacité des dépenses, de renforcer la couverture sociale et de réduire les inégalités d'accès aux soins pour l'ensemble de la population algérienne.

Section 03: : Les réformes et mesures pour améliorer l'accessibilité financière aux soins en Algérie

Depuis son indépendance, l'Algérie a entrepris une série de politiques et de réformes visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé pour sa population. Ces initiatives témoignent de la détermination de l'État à garantir un accès équitable aux services de santé, en dépit des défis économiques, sociaux et démographiques auxquels le pays est confronté. Au fil des décennies, l'Algérie a mis en place un système de santé qui privilégie la gratuité des soins, permettant ainsi à tous les citoyens, indépendamment de leur statut socio-économique, d'accéder aux traitements nécessaires. Cette approche a été renforcée par des investissements dans les infrastructures de santé, la formation du personnel médical et l'amélioration des services de santé primaires.

Cependant, malgré ces efforts, des obstacles subsistent. Les disparités régionales dans l'accès aux soins, notamment entre les zones urbaines et rurales, ainsi que les défis liés à la gestion des ressources financières et humaines, continuent d'affecter l'efficacité du système de santé. De plus, la transition démographique et l'augmentation des maladies chroniques

posent de nouveaux défis qui nécessitent des réponses adaptées et innovantes. Des réformes et mesures visant à réduire les disparités entre populations riches et pauvres, l'impact des frais restants à charge sur les ménages modestes, et les limites des mécanismes de protection sociale. Malgré une volonté affichée de solidarité nationale, des obstacles économiques et structurels continuent de freiner l'accès équitable aux services de santé, soulignant la nécessité d'un rééquilibrage entre financement public, couverture sociale et responsabilisation des acteurs privés.

3.1. Instauration de la gratuité des soins

L'instauration de la gratuité des soins en Algérie constitue l'une des réformes les plus emblématiques et structurantes du système de santé algérien. Instauré en 1974 (Ordonnance n° 73-65, 1973), elle a permis à tous les citoyens, sans distinction de revenu, d'accéder gratuitement aux soins dans les établissements publics de santé. Cette mesure, a marqué un tournant décisif dans l'organisation des services de santé et dans la politique sociale du pays. Elle reflète la volonté de l'État algérien, fraîchement indépendant, de garantir un accès universel aux soins et de promouvoir la justice sociale (Zehmati, 2014).

À l'indépendance en 1962, le système de santé algérien était marqué par de profondes inégalités. Les infrastructures sanitaires étaient concentrées dans les grandes villes, et les zones rurales, où vivait la majorité de la population, étaient largement délaissées. De plus, l'accès aux soins était limité par des barrières financières importantes. Dans les années suivantes, l'État algérien a adopté une politique de développement socialiste, axée sur la redistribution des richesses et la réduction des inégalités.

La santé est considérée comme un droit fondamental, et la gratuité des soins a été perçue comme un moyen de concrétiser cet engagement et de promouvoir la justice sociale (Martinez, 2010). En outre, la nationalisation des ressources pétrolières et gazières en 1971 a permis à l'État de disposer de ressources financières importantes, facilitant ainsi la mise en œuvre de politiques sociales ambitieuses, dont la gratuité des soins (Talha, 2001). L'instauration de la gratuité des soins s'est réalisée dès l'instauration de l'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973. Elle a été appliquée à l'ensemble de la population, sans distinction de revenu ou de statut social (Abbou & Brahamia, 2017). Cette gratuité des soins a été rendue possible grâce à un financement intégral par le budget de l'État, qui couvrait les coûts des infrastructures, des équipements, des médicaments et des salaires des professionnels de santé (Chaouche, 2014). D'ailleurs, parallèlement à l'instauration de la gratuité, l'État a investi

massivement dans la construction de structures de soins, notamment dans les zones rurales et isolées, pour garantir une couverture sanitaire équitable (Boulahrik, 2016). Cette mesure avait non seulement pour objectif de réduire les inégalités, en offrant un accès équitable aux soins en particulier pour les plus démunies, mais surtout d'améliorer la santé de population, souffrante d'une forte mortalité et morbidité, via la facilité d'accéder aux services de santé préventifs et curatifs. Cette réforme a permis d'obtenir une certaine justice sociale, qui a rendu la santé un droit universel et non un privilège réservé à une élite. En dépit des objectifs sanitaires qu'elle a permis d'atteindre, plusieurs limites ont été constatées.

3.1.1. Avantages de la gratuité des soins

- **Amélioration de l'accès aux soins** : La gratuité des soins a permis à une large portion de la population, en particulier aux plus démunis, d'accéder aux services de santé. En facilitant l'accès aux soins, l'État s'efforce de réduire les inégalités en matière de santé et d'assurer que chaque citoyen, indépendamment de sa situation économique, puisse recevoir les traitements dont il a besoin.
- **Réduction des maladies transmissibles** : grâce aux campagnes de vaccination et aux programmes de santé publique gratuits, des maladies comme la poliomyélite et la rougeole ont été considérablement éradiquées (OMS, 2020).
- **Renforcement de la santé maternelle et infantile** : la gratuité a permis une meilleure prise en charge des femmes enceintes et des enfants, contribuant à la réduction de la mortalité infantile (ONS, 2011).

3.1.2. Les limites de la gratuité des soins

- **Pression sur les finances publiques** : La gratuité totale des soins a entraîné une augmentation rapide des dépenses de santé, mettant à rude épreuve les ressources financières de l'État, surtout en période de crise économique.
- **Augmentation de la consommation de soins** : La suppression des barrières financières a favorisé une augmentation des consultations médicales et des hospitalisations. Pour réguler cette demande induite et responsabiliser les usagers, une contribution symbolique a été introduite pour certaines consultations et hospitalisations en 1995, à savoir «le ticket modérateur», tout en maintenant la gratuité pour les populations vulnérables.
- **Surcharge des structures publiques** : L'augmentation de la demande a souvent dépassé les capacités des infrastructures publiques, entraînant des délais d'attente

prolongés et une qualité de service parfois insuffisante. Face à la surcharge des structures publiques, le secteur privé a connu une croissance importante, offrant une alternative pour ceux qui peuvent se permettre de payer.

- **Déséquilibre entre prévention et soins curatifs** : La gratuité a favorisé une consommation accrue de soins curatifs, au détriment des programmes de prévention.
- **Inégalités persistantes** : Malgré la gratuité, des disparités géographiques et sociales ont continué d'exister, notamment en raison du manque d'infrastructures et de personnel dans certaines régions.

L'instauration de la gratuité des soins en Algérie a été une réforme majeure qui a marqué l'histoire du système de santé du pays. Elle a permis des avancées significatives en matière d'accès aux soins et de justice sociale, tout en posant les bases d'un système de santé universel. Cependant, les défis liés au financement, à la qualité des services et aux inégalités territoriales montrent que cette politique nécessite des ajustements constants pour répondre aux besoins croissants de la population. La gratuité des soins reste un pilier fondamental du système de santé algérien, mais elle doit être soutenue par des réformes structurelles pour garantir sa pérennité et son efficacité.

3.2. Développement des infrastructures de santé

Depuis son indépendance en 1962, l'Etat a entrepris de considérables efforts afin d'accroître ses infrastructures de santé dans le but d'améliorer l'accès aux soins. Ces efforts s'inscrivent dans une vision globale visant à réduire les inégalités territoriales, à renforcer la couverture sanitaire et à répondre aux besoins croissants d'une population en constante augmentation. L'augmentation rapide de la population algérienne après l'indépendance a accru la demande en services de santé, nécessitant une expansion rapide des infrastructures (Azri, 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, 2022). Ci-après les initiatives prises par l'Algérie pour améliorer l'offre de soins:

3.2.1. Construction d'hôpitaux et de centres de santé

Dès les années 1960, l'Etat a investi dans un réseau dense de soins primaires, comprenant des centres de santé et des polycliniques, pour assurer une couverture sanitaire de base à l'ensemble de la population (Chaouche, 2014). Des hôpitaux ont été construits dans les grandes villes et les chefs-lieux de wilayas pour fournir des soins spécialisés et répondre aux besoins croissants des populations urbaines. Le nombre d'établissements de santé a

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

considérablement augmenté depuis l'indépendance. En 2023, l'Algérie comptait 396 hôpitaux, 1 816 polycliniques et 6 413 salles de santé (MSPRH, 2025). Toutefois, malgré les investissements et les formations massives, les établissements publics de santé sont souvent surchargés en raison de la forte demande.

Tableau n°4: Infrastructures de santé publiques (1996-2023)

infrastructures publiques	1996	2023*	Taux d'évolution
Centre Hospitalo-universitaire CHU	13	16	23.07%
Établissements Hospitaliers Universitaires EHU	0	1	-
Établissements Hospitaliers Spécialisés EHS	21	98	276,19%
Établissements Publics Hospitaliers EPH	176	245	17.05%
Établissements Hospitaliers Spécialisés mère et enfants	0	36	-

Source : (MSPRH, 1997)

* (MSPRH, 2025).

Quant aux zones rurales et isolées, l'État a investi dans la construction de centres de santé et de maternités pour réduire les disparités géographiques (Boulahrik, 2016). Les investissements dans les zones rurales ont permis de réduire les inégalités d'accès aux soins, bien que des disparités subsistent encore (OMS, 2020). D'ailleurs, les régions du Sud et des Hauts Plateaux continuent de souffrir d'un accès limité aux infrastructures de santé modernes.

3.2.2. Développement des infrastructures spécialisées

L'Algérie a construit des centres spécialisés dans des domaines tels que la cardiologie, l'oncologie, la néphrologie et la chirurgie cardiaque. Ces centres visent à répondre aux besoins spécifiques des patients atteints de maladie chronique ou nécessitant des soins complexes (OMS, 2000).

Tableau n°5: Structures publiques spécialisées en 2023 en Algérie

	Nombre
EHS anti cancéreux et centre anti cancer (CAC)	11
Psychiatrie	24
EHS chirurgie cardiaque	4
EHS d'urologie, néphrologie et de transplantation rénale	1
EHS des maladies infectieuses	1
EHS Neuro chirurgical	2
EHS Appareil locomoteur	1
EHS pédiatrie	2
Maison pour diabétiques	1
Centre d'Alzheimer	1

Source : (MSPRH, 2024)

De plus, dans le cadre du Plan National de Lutte contre le Cancer (2015-2019), des infrastructures spécifiques ont été établies pour la prévention, le dépistage et le traitement du cancer. Ces installations visent à renforcer l'efficacité des services de santé en matière de lutte contre cette maladie, en garantissant un accès amélioré aux soins pour les patients et en favorisant une approche proactive dans la gestion de la santé publique (MSPRH , 2020).

3.2.3. Modernisation des infrastructures existantes

L'État a investi dans la modernisation des hôpitaux publics pour améliorer la qualité des soins et répondre aux normes internationales (Chaoui & Legros, 2013). Par ailleurs, des efforts ont été faits pour doter les établissements de santé d'équipements médicaux modernes, notamment dans les domaines de l'imagerie médicale et de la chirurgie (Brahmia, 2014). A ce titre en 2023, le nombre des actes de radiologie et l'exploration fonctionnelle effectués s'est élevé à plus de 21 millions; et le nombre d'examen de laboratoire réalisé au niveau des établissements publics de soins a dépassé 90 millions examens (MSPRH, 2024). Nonobstant, la maintenance des infrastructures et des équipements reste un défi majeur, en raison de contraintes budgétaires et de problèmes de gestion (Chaoui & Legros, 2013).

3.2.4. Développement des infrastructures de proximité

Des polycliniques ont été construites dans les zones périurbaines, et des unités mobiles de santé ont été déployées pour fournir des soins dans les régions éloignées et difficiles d'accès (Zehnati, 2014). Les infrastructures de santé maternelle et infantile ont contribué à une baisse significative de la mortalité infantile, qui est passée de 140 pour 1 000 naissances

en 1962 à moins de 20 pour 1 000 en 2023 (ONS, 2024). Ajoutons à cela, des infrastructures spécifiques pour la médecine scolaire et la médecine du travail ont été développées pour répondre aux besoins des élèves et des travailleurs, contribuant ainsi à la prévention et à la prise en charge précoce des maladies (Boulahrik, 2016).

Tableau n°6: Infrastructures de proximité 1996-2023

Infrastructures publiques	1996	2023*	Taux d'évolution
Nombre de polycliniques	455	1 816	299,12%
Nombre salles de soins	3748	6 413	70,1%

Source : (MSPRH, 1997)

* (MSPRH, 2025)

Le développement des infrastructures de santé en Algérie est indispensable pour l'amélioration de l'accès aux soins depuis l'indépendance. Malgré les progrès réalisés, en termes de couverture sanitaire et de prise en charge des maladies, des défis subsistent, notamment en matière de surcharge des infrastructures, de maintenance et de réduction des inégalités territoriales. Pour garantir un accès équitable et universel aux soins, des efforts soutenus et des réformes structurelles restent nécessaires.

3.3. Formation de professionnels de santé

L'Algérie a accordé une importance capitale à la formation des professionnels de santé pour répondre aux besoins croissants de sa population et renforcer son système de santé. La formation des médecins, des infirmiers et des autres professionnels de santé a été un pilier fondamental des politiques publiques visant à garantir un accès équitable et de qualité aux soins. À l'indépendance, l'Algérie faisait face à une pénurie dramatique de professionnels de santé. En 1962, il ne restait que 300 médecins pour une population de près de 10 millions d'habitants, la majorité des médecins européens ont quitté le pays (Zehnati, 2014). La croissance démographique rapide et les défis sanitaires, tels que les maladies transmissibles et la mortalité infantile élevée, ont accentué la nécessité de former un grand nombre de professionnels de santé (Brahmia, 2014). L'État algérien a rapidement identifié la formation des professionnels de santé comme une priorité nationale pour construire un système de santé autonome et efficace (Chaouche, 2014). L'Algérie a créé des écoles et des instituts de formation pour former des médecins, des infirmiers et d'autres professionnels de santé afin de répondre aux besoins croissants du système. Dès les années 1970, l'Algérie a créé des facultés de médecine dans les principales villes du pays (Alger, Oran, Constantine, Annaba)

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

pour former des médecins généralistes et des spécialistes. Ces facultés sont rattachées aux universités et jouent un rôle central dans la formation médicale (Boulahrik, 2016). Des écoles nationales de formation paramédicale ont été mises en place pour former des infirmiers, des sages-femmes, des techniciens de laboratoire et d'autres professionnels de santé (OMS, 2020). Des programmes de formation continue ont été instaurés pour permettre aux professionnels de santé de se perfectionner et de s'adapter aux évolutions technologiques et scientifiques (Chaoui & Legros, 2013). En 2004, l'Algérie a adopté le système LMD dans l'enseignement supérieur, y compris pour les études médicales, afin d'harmoniser les diplômes avec les standards internationaux (Abbou & Brahamia, 2017). La formation des professionnels de santé inclut des stages pratiques dans les hôpitaux et les centres de santé, permettant aux étudiants d'acquérir une expérience clinique directe (Zehnati, 2014). L'Algérie a établi des partenariats avec des universités et des institutions étrangères pour renforcer la qualité de la formation et permettre des échanges académiques (OMS, 2020). Le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine et les écoles paramédicales a considérablement augmenté depuis l'indépendance. En 2025, l'Algérie forme environ 12 000 médecins par an (Ministère de l'Enseignement Supérieur, 2025). De nouvelles facultés de médecine et écoles paramédicales ont été ouvertes dans les régions sous-desservies pour réduire les disparités géographiques et former des professionnels locaux (Boulahrik, 2016).

Tableau n°7: Personnel médical et paramédical (2003 et 2023).

Années	2000		2023*	
	Effectifs	Densité médicale pour 1 000 habitants	Effectifs	Densité médicale pour 1 000 habitants
Médecins	3 6347	1,12	77 124	1,67
Chirurgiens-dentistes	8 651	0,27	17 283	0,37
Pharmaciens	5 705	0,18	14 380	0,31
Personnel paramédical	87 791	2,72	179 386	3,87

Source : (MSPRH, 2007)

* (MSPRH, 2025)

Le nombre de médecins en Algérie est passé de 300 en 1962 à plus de 77 000 en 2023, incluant des généralistes et des spécialistes; et près de 180 000 professionnels paramédicaux, tels que des infirmiers, des sages-femmes et des techniciens de santé. Malgré les efforts, les zones rurales et les régions du Sud continuent de souffrir d'un manque de professionnels de santé, en raison de l'attractivité limitée de ces régions (Azri & Brahamia, 2023). La qualité de la formation reste un défi, notamment en raison du manque de ressources pédagogiques modernes et de la surcharge des facultés (Chaoui & Legros, 2013).

L'émigration des médecins et des spécialistes vers des pays étrangers, attirés par de meilleures conditions de travail, constitue un problème majeur pour le système de santé algérien (OMS, 2020). En 2016, le taux d'émigration des médecins algériens a été évalué à 23,35 %. Ce chiffre est basé sur les données de l'enquête de l'INSEE et inclut tous les médecins nés en Algérie, indépendamment de leur lieu de formation, qu'ils aient étudié en France ou en Algérie, et qui exercent actuellement en France. Ce taux d'émigration met en lumière un phénomène préoccupant, où une part significative des médecins formés en Algérie choisit de poursuivre leur carrière à l'étranger, ce qui soulève des questions sur les implications pour le système de santé algérien. En outre, il est important de noter que ce taux peut varier en fonction des spécialités médicales, certaines étant plus touchées que d'autres par cette émigration (ZEHNATI, 2021).

La formation des professionnels de santé en Algérie a connu des progrès significatifs depuis l'indépendance, avec une augmentation notable du nombre de médecins et de paramédicaux. Ces efforts ont contribué à renforcer la couverture sanitaire et à améliorer l'accès aux soins pour la population. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de répartition géographique, de qualité de la formation et de rétention des talents. Pour relever ces défis, des réformes structurelles et des investissements soutenus dans le secteur de la formation sont indispensables.

3.4. Renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles

L'Algérie a mis en œuvre des politiques ambitieuses pour renforcer la prévention et lutter contre les maladies transmissibles. Ces efforts ont permis de réduire significativement la prévalence de nombreuses maladies infectieuses et d'améliorer les indicateurs de santé publique. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de surveillance épidémiologique et de couverture sanitaire dans les zones rurales.

3.4.1. Programme élargi de vaccination (PEV)

Lancé en 1979, le PEV a permis de vacciner massivement les enfants contre des maladies transmissibles telles que la poliomyélite, la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Le programme est devenu obligatoire à partir de 1984. Grâce aux campagnes de vaccination intensives, l'Algérie a réussi à éradiquer la poliomyélite en 1996 selon le ministère de la santé. L'Algérie a intégré des vaccins contre l'hépatite B, le rotavirus et le papillomavirus humain (HPV) dans son calendrier vaccinal pour élargir la couverture et prévenir de nouvelles maladies (ONS, 2020). En 2020, la couverture vaccinale (Ministère de la santé, 2023) moyen pour toutes les wilayas était de 95 %, plaçant l'Algérie parmi les pays les mieux couverts de la région MENA.

3.4.2. Programmes de santé publique

Des programmes spécifiques ont été mis en place pour lutter contre les maladies endémiques telles que le paludisme, la bilharziose et la lèpre. À ce titre, l'Algérie a mis en place des programmes de lutte contre le paludisme, incluant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation intra-domiciliaire et le traitement des cas confirmés (Azri & Brahamia, 2018). En 2019, l'Algérie a été certifiée exempte de paludisme par l'OMS grâce à des campagnes de lutte contre les vecteurs (OMS, 2019). Pour y parvenir, l'État a construit des centres de santé dans les zones rurales pour améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement des maladies transmissibles.

3.4.3. La sensibilisation

Des campagnes de sensibilisation ont été organisées pour promouvoir l'hygiène, la santé maternelle et infantile, et la lutte contre les maladies infectieuses. En plus des campagnes de sensibilisation et de contrôle des vecteurs menées dans les régions du Sud, pour réduire la prévalence de la leishmaniose. En outre, l'État a intégré des programmes d'éducation sanitaire dans les écoles pour sensibiliser les enfants aux bonnes pratiques d'hygiène et à la prévention des maladies transmissibles (OMS, 2020).

3.4.4. Surveillance épidémiologique

L'Algérie a développé un système de surveillance épidémiologique pour détecter rapidement les épidémies et mettre en œuvre des mesures de contrôle (Boulahrik, 2016). De ce fait, la déclaration des maladies transmissibles aux services de la santé publique est obligatoire sur tous les praticiens de la santé (public ou privé). Cette déclaration doit être faite sans délai aux services sanitaires concernés, conformément à l'article 39 de la loi n°18-

11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. De plus, des laboratoires régionaux ont été équipés pour améliorer la capacité de diagnostic des maladies infectieuses et renforcer la réponse aux épidémies (institut pasteur à Alger).

Le renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles en Algérie a permis des avancées significatives, notamment l'éradication et/ou la maîtrise des maladies transmissibles, ainsi qu'une réduction notable de la mortalité infantile. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de surveillance épidémiologique, de réduction des inégalités territoriales et de gestion des maladies non transmissibles. Pour garantir des progrès durables, l'Algérie doit continuer à investir dans la prévention, la sensibilisation et le développement des infrastructures sanitaires.

3.5. Création et extension de la sécurité sociale

L'Algérie a mis en place un système de sécurité sociale ambitieux pour assurer un meilleur accès aux soins de santé et réduire les inégalités financières. Ce système, repose sur des principes de solidarité et de mutualisation des risques, a progressivement été élargi pour couvrir la majorité de la population. Avant 1962, la protection sociale était limitée et réservée à une minorité de la population, principalement les colons européens et les travailleurs salariés (Zehnati, 2014). Après l'indépendance, l'État algérien a adopté une politique socialiste visant à garantir l'accès universel aux soins de santé et à promouvoir la justice sociale. La création d'un système de sécurité sociale universel est devenue une priorité nationale (Chaouche, 2014). En effet, peu après l'indépendance, la loi n° 62-157 de 1962 a été instauré, la première loi pour structurer un système de sécurité sociale, inspiré du modèle français, mais adapté aux réalités locales. Vu la multiplicité des systèmes de couverture, en 1983, la loi n° 83-11 a été adoptée pour harmoniser les systèmes de couvertures et structurer le système de sécurité sociale. Cette loi a consolidé le système de sécurité sociale en Algérie et à permet l'extension progressive de la couverture sociale pour inclure une grande partie de la population. Initialement, la sécurité sociale couvrait principalement les travailleurs salariés et leurs ayants droit. Grâce à la loi 83, la couverture s'est étendue aux étudiants, retraités et leurs ayants droit, Moudjahidines et Handicapés (les cotisations de cette dernière catégorie est prise en charge par le ministère de la solidarité nationale) (Loi 83-11, 1983).

En 1994, la création de CASNOS a permis d'étendre la couverture sociale aux travailleurs indépendants, aux artisans et aux professions libérales. L'État a mis en place des mécanismes pour couvrir les populations vulnérables, notamment les démunis, les chômeurs

et les personnes âgées, à travers des subventions et des programmes spécifiques. Le « Fonds spécial de solidarité nationale », établi conformément à l'article 136 du décret-loi n° 93-01 du 19 janvier 1993, a pour mission de fournir divers types d'aides financières de l'État dans le cadre de la solidarité nationale. Ce fonds soutient également les associations caritatives engagées dans des actions de solidarité, notamment en facilitant l'achat de médicaments pour les personnes souffrant de maladies chroniques, ainsi que pour les individus en situation de précarité et non couverts par la sécurité sociale. Cela leur permet d'accéder aux soins nécessaires sans frais, renforçant ainsi le filet de sécurité pour les populations vulnérables (Hamana, 2022).

En outre, l'État participe au financement de la sécurité sociale, en subventionnant les déficits (Chaouche, 2014). Depuis 1984, le décret exécutif n° 84-27 du 11 février 1984, fixant les modalités d'application du titre II de la loi 83-11, relative aux assurances sociales à portée le taux de prise en charge à 100% des frais médicaux des patients atteints des affections de longues durées (maladies chroniques prévues selon la même loi), ce qui a amélioré leur accès aux soins. En 2007, l'Algérie a introduit la carte CHIFA, une carte électronique permettant aux assurés sociaux de bénéficier directement du remboursement des médicaments et des prestations médicales. Cette innovation a simplifié l'accès aux soins, faciliter l'accès aux médicaments remboursables et réduit les délais de remboursement et les coûts pour les assurés sociaux.

Aujourd'hui, environ 90 % de la population algérienne est bénéficié d'une couverture sociale, grâce à l'extension progressive de la couverture (Ministère de la Santé, 2025). Le système de sécurité sociale fait face à des déficits financiers, en raison de l'augmentation des dépenses de santé et de la stagnation des recettes, où Une grande partie de la population active travaille dans l'économie informelle, échappant ainsi au système de cotisations sociales. Les tarifs de remboursement des actes médicaux et des médicaments sont souvent inférieurs aux coûts réels, ce qui augmente le reste à charge pour les patients (OMS, 2020). La création de la sécurité sociale en Algérie a joué un rôle crucial dans l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. En couvrant la majorité de la population et en prenant en charge une large gamme de prestations médicales, le système contribue de réduire les inégalités et renforce la justice sociale. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de soutenabilité financière, de réduction des inégalités territoriales et d'amélioration de la qualité des prestations.

3.6. Réduction des inégalités territoriales

L'Etat a entrepris de nombreuses initiatives afin de diminuer les inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment entre les zones urbaines, rurales et isolées. Ces inégalités, héritées de l'époque coloniale, ont été un défi majeur pour le système de santé algérien. L'État a mis en place des politiques et des programmes visant à améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé, en particulier pour les populations vivant dans les régions éloignées et sous-desservies.

3.6.1. Développement des infrastructures de santé dans les zones rurales et isolées

L'État a investi dans la construction de centres de santé et de maternités dans les régions éloignées pour réduire les disparités géographiques, pour rapprocher les services de santé des populations locales (Zehnati, 2014). De plus, des hôpitaux ont été construits dans les chefs-lieux de wilayas et de Daïras pour offrir des soins spécialisés aux populations des régions éloignées (Boulahrik, 2016). Ajoutons à ce-là, des unités mobiles de santé déployées pour fournir des soins de santé primaires, des consultations médicales et des campagnes de vaccination dans les zones difficiles d'accès (notamment pour les populations nomades au désert algérien). Dans ce sens, en 2023, on compte 22 cliniques mobiles, en activité, appartenant aux hôpitaux (CHU, EPH, EHS et EH) et 55 autres appartenant aux EPSP selon le ministère de la santé (MSPRH, 2024).

3.6.2. Renforcement des ressources humaines dans les régions sous-desservies

L'État a mis en place des primes, des logements de fonction et des avantages fiscaux pour encourager les médecins, les infirmiers et les spécialistes à travailler dans les zones rurales et isolées (Chaouche, 2014). Par ailleurs, afin d'assurer un accès équitable à la formation médicale, des écoles de formation paramédicale et des facultés de médecine ont été ouvertes dans certaines régions pour former des professionnels de santé locaux, susceptibles de rester dans leurs régions d'origine. Depuis 2014, plusieurs nouvelles facultés de médecine ont été inaugurées dans les wilayas de Béchar, Laghouat, Biskra, Adrar et Ouargla. Ces établissements visent à renforcer la formation médicale dans des régions qui en ont grand besoin. Par ailleurs, dans le cadre de leur service civil obligatoire, de nombreux jeunes médecins et spécialistes sont souvent affectés à des zones sous-desservies. Cette mesure a pour objectif de remédier aux inégalités d'accès aux soins de santé dans ces régions, en assurant une présence médicale là où elle est le plus nécessaire. La liste des spécialités médicales soumises au service civil est établie chaque année en fonction des besoins en

médecine spécialisée, conformément au décret exécutif n° 2006-420 du 22 novembre 2006. Les médecins qui effectuent leur service civil dans le sud du pays bénéficient d'une rémunération plus élevée par rapport à ceux qui exercent dans le nord. De plus, la durée de ce service est significativement plus courte dans le sud, ce qui incite de nombreux médecins à choisir cette région pour accomplir leur obligation. Cette situation leur permet de se libérer plus rapidement de cette exigence et de pouvoir ensuite exercer en tant que praticiens libéraux. Ainsi, le cadre incitatif mis en place favorise une répartition plus équilibrée des médecins dans les zones moins desservies, tout en répondant aux besoins de santé des populations locales.

3.6.3. Développement des infrastructures de transport sanitaire

L'État a investi dans des unités de transports sanitaires notamment les ambulances pour transporter les patients des zones rurales vers les hôpitaux des grandes villes en cas d'urgence. En effet, d'après le ministère de la santé, en 2023, on compte 2 822 ambulances en marche, dont 1437 appartenant aux EPSP (les autres font partie du parc auto des hôpitaux) (MSPRH, 2024). Des efforts ont été faits pour améliorer les infrastructures routières reliant les zones rurales aux centres de santé et aux hôpitaux régionaux (Chaoui & Legros, 2013). En effet, L'Algérie dispose d'un des plus importants réseaux routiers du Maghreb et de l'Afrique. Sa longueur est de plus de 127 000 Kms de routes dont 29 573 km de routes nationales et plus de 4910 ouvrages d'art (AAPI, 2025).

3.6.4. Partenariats public-privé dans le domaine de la santé

L'État a encouragé les investissements privés dans le secteur de la santé, notamment dans les régions sous-desservies, pour compléter les efforts publics. De plus, plusieurs conventions avec des cliniques privées ont été signées par la sécurité sociale, pour offrir des soins aux populations rurales ou vulnérables (patients souffrants d'insuffisance rénale, les cliniques de chirurgie cardiaque, etc.).

L'Algérie a pris des mesures significatives pour réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment à travers le développement des infrastructures, le renforcement des ressources humaines et l'amélioration de l'accès financier. Ces efforts ont permis de rapprocher les services de santé des populations rurales et isolées, tout en réduisant les disparités entre les régions. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de qualité des soins, de répartition des ressources humaines et de couverture des zones les plus

éloignées. Pour garantir une équité totale, l'État devra poursuivre ses investissements et renforcer ses politiques de santé dans les régions sous-desservies.

3.7. Encouragement de la production nationale de médicaments

L'État algérien a mis en œuvre une politique proactive visant à promouvoir la production locale de médicaments, dans le but de réduire les coûts et d'améliorer l'accès aux traitements pour la population. Cette initiative s'inscrit dans un cadre réglementaire strict, où l'État exerce une influence significative sur l'offre et la demande sur le marché pharmaceutique.

Depuis plusieurs années, l'Algérie s'efforce de développer son industrie pharmaceutique nationale, avec l'objectif ambitieux de couvrir une part de plus en plus importante de ses besoins en médicaments par la production locale. Actuellement, près de 82 % des médicaments disponibles sur le marché algérien sont fabriqués localement, ce qui représente un progrès considérable par rapport aux années précédentes. Pour soutenir cette stratégie, le gouvernement a engagé des mesures incitatives à long terme, favorisant les investissements dans le secteur pharmaceutique et encourageant les partenariats entre les acteurs locaux et internationaux. Ces efforts visent non seulement à renforcer l'autonomie du pays en matière de santé, mais aussi à positionner l'Algérie comme un acteur clé dans l'industrie pharmaceutique à l'échelle régionale et continentale.

C'est ainsi, qu'en 2020, le ministère de l'industrie a été restructuré pour inclure la production pharmaceutique dans sa ligne de direction à travers le décret 20-271 du 29 septembre 2020 portant création et fixant les attributions du ministère de la production pharmaceutique. Le Décret exécutif n° 23-411, daté du 20 novembre 2023, redéfinit les attributions du ministre de l'Industrie et de la Production pharmaceutique, en lui conférant des responsabilités élargies et stratégiques. Ce ministre est désormais chargé de formuler la stratégie nationale pour le développement de la production pharmaceutique, ainsi que d'initier et de superviser les programmes et dispositifs nécessaires à sa mise en œuvre.

Parmi ses nouvelles missions, le ministre doit également veiller à la régulation des diverses activités pharmaceutiques, incluant l'agrément des établissements pharmaceutiques dans les domaines de la fabrication, de l'importation, de l'exportation, de l'exploitation, de la distribution, de la promotion médicale et des prestations de services. Cette régulation est essentielle pour garantir la qualité et la sécurité des produits pharmaceutiques disponibles sur le marché.

Tableau n°8: Marché du médicament (millions de dinars)

	Production nationale	Importation
2000*	8 581	35 196
2001*	7 189	38 343
2002*	8 493	49 386
2003*	7 801	47 613 ,5
2004*	16 213,5	71 836
2005*	17 049	81210
2006*	33 051	87 878,4
2007*	40 684,5	101 973
2008*	34 479	12 861
2009*	56 029	129 634
2010*	59 448	127 897
2011	68 722	142 985**
2012	87 976	173 790**
2013	105 129	181 565**
2014	120 638	203 167**
2015	147 849	198 233**
2016	190 964	221 382**
2019	262 593,32#	259 758,9 ***
2020	279 023,36#	267 057***
2021	283 723 ,44#	292 105,1***
2022	340 807,68#	251 049,8***

Source : (Conseil de la concurrence, 2019)

* (El Abidia, 2017)

** (CNIS, 2018)

*** (ONS, 2025)

(IQVA, 2025)

En outre, le ministre est chargé de promouvoir l'utilisation généralisée des outils de veille stratégique, de prospective et de numérisation au sein de l'industrie pharmaceutique. L'intégration de ces outils numériques est cruciale pour moderniser le secteur, améliorer l'efficacité des processus et faciliter l'accès à l'information (Décret exécutif n°23-411, 2023). La nouvelle stratégie adoptée par le gouvernement a favorisé un développement significatif de la production nationale de médicaments. Cependant, le retard dans le transfert de technologie continue de maintenir notre marché dépendant des importations, en particulier pour certains traitements essentiels comme ceux destinés au diabète. Il est crucial de surmonter ces obstacles technologiques afin de renforcer notre autonomie pharmaceutique. En améliorant les capacités locales de production et en facilitant le transfert de technologies modernes, l'Algérie pourrait non seulement réduire sa dépendance aux importations, mais également garantir un accès plus large et plus rapide aux traitements nécessaires pour les patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques comme le diabète.

La valeur de la production nationale de médicaments en 2022 a dépassé celle de l'importation. Afin de renforcer cet acquis, les autorités doivent renforcer davantage les partenariats existants avec les laboratoires étrangers déjà établis en Algérie et accélérer le transfert de technologies, en particulier pour la production d'insuline et de médicaments oncologiques. Actuellement, l'approvisionnement en médicaments en Algérie repose sur une combinaison de production nationale et d'importations. En 2017, le marché pharmaceutique, évalué à 360 milliards de dinars, a vu la production nationale satisfaire 48 % de la demande en valeur (73 % en volume), tandis que les importations ont couvert 52 % de la demande (27 % en volume). Il est essentiel d'optimiser ces partenariats pour non seulement augmenter la production locale, mais aussi pour garantir l'accès à des traitements de qualité pour les patients algériens (Conseil de la concurrence, 2019). Des proportions passées à 65% des produits fabriqués localement en valeur en 2022 contre 35% importés (IQVA, 2025). Dont 51% des médicaments vendus sont des génériques, 35% des médicaments princeps et 14% autres catégorie (vitamines et compléments alimentaires).

Entre 2000 et 2010, la production nationale de médicaments a été multipliée par six, tandis que les importations n'ont augmenté que de 2,6 fois. Pour la période de 2011 à 2016, la production nationale a plus que triplé en valeur, alors que les importations ont progressé de 54,8 % durant la même période. Cependant, entre 2019 et 2022, la production nationale a enregistré une hausse de 30 %, tandis que les importations ont diminué de 3,35 %.

Chapitre III Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins

Ces résultats indiquent que la politique d'encouragement de la production nationale commence à porter ses fruits. Néanmoins, il est essentiel de poursuivre les efforts et de diversifier la gamme de produits afin de répondre aux besoins de toutes les classes thérapeutiques. Cela permettra non seulement de renforcer l'autonomie du pays en matière de santé, mais aussi d'améliorer l'accès aux traitements pour l'ensemble de la population.

La production nationale est actuellement absente dans des domaines cruciaux tels que le diagnostic, le diabète, la toxicologie et la cancérologie, cette dernière étant la deuxième cause de décès en Algérie et représentant le premier poste de dépenses en importation de médicaments. Il est impératif d'améliorer cette situation pour garantir un accès adéquat aux traitements nécessaires et réduire la dépendance aux importations dans ces secteurs vitaux (Ferhi, 2023) et de l'anesthésiologie (Zouanti, 2014).

Tableau n°9: Les médicaments les plus vendus en Algérie en 2022

Rang	Top 16 domaines thérapeutiques	Ventes MAT T1 2022 (Mn \$)	Volume MAT T1 2022 (Mn unités)	Part de marché %	TCAC ('19-'22)	PPG ('21-'22)
1	Insulines et analogues	327,9	9,9	14%	11%	24%
2	Antihypertenseurs	267,2	53,8	11%	3%	9%
3	Antibactériens systémiques	260,9	109,6	11%	4%	37%
4	Non thérapeutique	148,7	20,2	6%	-1%	4%
5	Allergie	106,8	79,1	4%	-2%	17%
6	Anticoagulants	83,0	13,9	3%	33%	36%
7	Produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux	71,2	55,6	3%	-1%	7%
8	Analgésiques non narcotiques	70,9	131,9	3%	5%	28%
9	Antipsychotiques	70,2	13,5	3%	3%	3%
10	Antidiabétiques de type II traditionnels	63,6	42,3	3%	2%	2%
11	Régulateurs lipidiques	61,8	11,0	3%	-2%	-4%
12	Asthme et BPCO	54,6	15,4	2%	0%	18%
13	Antiulcéreux	49,1	34,6	2%	-1%	8%
14	Antiépileptiques	47,3	8,2	2%	-5%	-8%
15	Ophthalmologiques et otologiques	46,4	22,7	2%	-7%	4%
16	Préparations contre la toux et le rhume	43,2	37,3	2%	-4%	30%
	Autres	605,1	256,7	25%	4%	13%
	Marché total	2378,0	915,9	100%	3%	13%

Source : (IQVA, 2025)

L'examen des médicaments les plus vendus en Algérie montre que l'insuline vient en première position avec plus de 327 milliards de dollars en 2022, pour 9,9 milliards d'unités vendues, soit 14% du marché des médicaments, soit 24% de taux de progression par rapport à 2021 !

Des chiffres qui doivent inciter les industriels locaux à investir dans la production de ces médicaments à forte valeur ajoutée. Tout en sachant que l'insuline est toujours exclusivement importée. Les anticoagulants enregistrent la plus grande croissance avec 36% entre 2021 et 2022 ce qui témoigne de la progression de la morbidité cardiovasculaire dans la population.

Plus de 80 % de la production nationale est captée par sept classes thérapeutiques, avec la cardiologie en tête. Il est évident que l'évolution du profil de santé de la population a eu un impact significatif sur la production pharmaceutique, qui s'est désormais orientée vers la fabrication de médicaments destinés au traitement des maladies chroniques. Cette adaptation vise à répondre aux besoins croissants en médicaments d'une large part de la population.

D'après ces chiffres, la production locale contribue à satisfaire 65% de la demande du marché algérien en 2022, avec des avancées majeures dans les aires thérapeutiques des antihypertensives, des régulateurs lipidiques, des anti-ulcéreux et des préparations pour rhume et toux.

La composition du marché du médicament est dominée par des laboratoires pharmaceutiques locaux (notamment étrangers) qui captent 98% de la production nationale en 2022. Dont le laboratoire étranger SANOFI détient à lui seul 12% du marché des médicaments avec 295,6 milliards de dollars de ventes en 2022. En 2017, la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) a réalisé un quart des importations de médicaments, selon le ministère de la Santé, qui consacre la moitié de son budget à l'acquisition de ces produits.

Cette situation souligne l'importance de la PCH dans le système de santé, tout en mettant en évidence la nécessité d'une stratégie visant à renforcer la production nationale et à réduire la dépendance aux importations. Le reste des importations étant réalisé par les laboratoires privés étrangers et les importateurs (CNIS, 2018). En outre, cette forte présence des laboratoires étrangers est motivée par l'importance du marché algérien d'une part, notamment grâce à la couverture sanitaire et sociale de 98% de la population, à la prise en

charge totale des maladies chroniques et à un ensemble de mesures d'encouragement de la production nationale des produits pharmaceutiques instauré par l'Etat, d'autres parts.

Tableau n°10: La contribution de l'industrie local dans les médicaments les plus vendus en Algérie en 2022

Segment de marché	Ventes sortie d'usine en monnaie locale MAT T1 2022 (Millions)	Part de marché	Fabrication locale	Import
Insulines et analogues	327,9	13,8%	0%	100%
Antihypertenseurs	267,2	11,2%	98%	2%
Antibactériens systémiques	260,9	11,0%	72%	28%
Non thérapeutique	148,7	6,3%	88%	12%
Allergie	106,8	4,5%	88%	12%
Anticoagulants	83,0	3,5%	47%	53%
Produits anti-inflammatoires et antirhumatismaux	71,2	3,0%	89%	11%
Analgésiques non narcotiques	70,9	3,0%	84%	16%
Antipsychotiques	70,2	3,0%	98%	2%
Antidiabétiques de type II traditionnels	63,6	2,7%	99%	1%
Régulateurs lipidiques	61,8	2,6%	99%	1%
Asthme et BPCO	54,6	2,3%	23%	77%
Antiulcéreux	49,1	2,1%	100%	0%
Antiépileptiques	47,3	2,0%	82%	18%
Ophthalmologiques et otologiques	46,4	2,0%	42%	58%
Préparations contre la toux et le rhume	43,2	1,8%	98%	2%
Autres	605,1	25,4%	7%	93%
Total	2378,0	100,0%	65%	35%

Source : (IQVA, 2025)

L'Algérie a mis en place plusieurs mesures réglementaires pour encourager la production et la prescription de médicaments génériques, ainsi que pour renforcer l'industrie pharmaceutique locale. Voici un aperçu des principales initiatives :

- Instruction n°005 du 07/11/2003 : Cette directive vise à promouvoir la prescription

- et la production de médicaments génériques, soulignant l'importance de ces produits dans le système de santé.
- Décret exécutif n°09-396 du 24/11/2009 : Ce décret incite les pharmaciens à privilégier la prescription de médicaments génériques, favorisant ainsi leur utilisation dans les traitements.
 - Loi de finance complémentaire pour 2010 : Cette loi exonère les médicaments fabriqués localement de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), rendant ces produits plus accessibles et compétitifs sur le marché.
 - Arrêté du 30 octobre 2008 : Cet arrêté fixe les conditions techniques pour l'importation de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine, imposant aux laboratoires étrangers souhaitant distribuer leurs produits en Algérie d'investir localement.
 - Décret exécutif n°06-158 du 15/05/2006 : Ce décret établit les modalités d'exonération des droits de douane et des taxes sur les produits chimiques et organiques utilisés dans la fabrication de médicaments, facilitant ainsi l'approvisionnement des laboratoires.
 - Décret exécutif n°21-145 du 17 avril 2021 : Ce décret définit les activités considérées comme stratégiques, plaçant l'industrie pharmaceutique parmi les secteurs prioritaires pour le développement économique du pays

Ces mesures visent non seulement à renforcer la capacité de production locale, mais aussi à garantir un accès équitable aux médicaments pour la population algérienne, tout en soutenant l'exportation vers d'autres marchés, notamment en Afrique.

Dans cette optique, plusieurs arrêtés ministériels ont été instaurés pour interdire l'importation de certains médicaments déjà fabriqués localement, avec une liste qui est régulièrement mise à jour. Par exemple, l'arrêté du 30 novembre 2008 a prohibé l'importation de 251 médicaments, un chiffre qui a été porté à 357 médicaments et 11 dispositifs médicaux en 2015 (Arrêté du 09 juillet, 2015). Cette dernière mesure a contribué à réduire significativement la facture d'importation des médicaments. En effet, les importations ont connu une baisse notable, passant de 23,8 millions de kg en 2010 à 35 millions de kg en 2012, puis à seulement 22 millions de kg en 2017 (ONS, 2017). Ces efforts témoignent de la volonté de l'Algérie de renforcer sa souveraineté pharmaceutique et de promouvoir la production locale.

Toutefois, malgré la baisse considérable des importations en volume, en valeur la régression est moins forte. La situation actuelle est principalement attribuée à la dévaluation de la monnaie nationale, un phénomène accentué depuis le choc pétrolier de 2015. Il est important de souligner que la sécurité sociale joue un rôle crucial dans la prise en charge des dépenses liées à la facture nationale des médicaments. En effet, en 2016, la sécurité sociale a supporté plus de 180 milliards de dinars pour le remboursement des médicaments, comparativement à seulement 940 millions de dinars en 1990. Cette évolution illustre l'augmentation significative des coûts de santé et l'importance croissante de la sécurité sociale dans le système de santé algérien (Snoussi, 2015). Dont les médicaments pour maladies sont les plus remboursés en 2017.

À partir des données fournies par la CNAS, il ressort que trois classes thérapeutiques représentent plus de 53 % des dépenses de remboursement : les médicaments destinés à la cardiologie, au métabolisme et à l'infectiologie. Cette situation illustre le schéma morbide de la population, conséquence de la transition sanitaire. La CNAS se positionne comme le principal « acheteur » de médicaments en Algérie, exerçant ainsi une influence significative sur le marché pharmaceutique. En effet, un médicament qui n'est pas remboursé connaît une moins bonne performance commerciale (Conseil de la concurrence, 2019). Les dépenses liées aux remboursements des produits pharmaceutiques constituent la majeure partie des dépenses des assurances sociales, et cette tendance ne cesse de croître, passant de 60 % en 2001 à plus de 73,7 % en 2017. Les médicaments destinés au traitement des maladies chroniques représentent plus de 30 % des importations, avec les traitements pour le diabète en tête, en raison de l'absence de production nationale d'insuline. Il est à noter que les classes thérapeutiques les plus produites sont également celles qui sont les plus importées, ce qui met en évidence que la demande pour les médicaments liés aux maladies chroniques dépasse largement les capacités de production locales. Cette situation souligne la nécessité d'améliorer la production nationale afin de répondre efficacement aux besoins croissants de la population (Meklat & Kandi, 2025).

La production nationale est principalement axée sur des produits dont les brevets ont expiré et qui présentent une faible valeur ajoutée. En 2022, les médicaments génériques, qui constituent les trois quarts de cette production, ne représentaient que 51 % de la consommation totale en valeur. Cette situation souligne la nécessité d'élargir l'offre de médicaments pour inclure des produits à plus forte valeur ajoutée afin de mieux répondre aux besoins du marché. Ce qui pourrait causer un problème d'accessibilité financière aux

médicaments princeps pour les personnes à faibles revenus (AZRI & BRAHAMIA, 2018). D'ailleurs, d'après une récente enquête de l'ONS, sur la consommation des ménages, la part des dépenses pour santé et hygiène corporelle dans le revenu total à presque doublé entre 2011 et 2022 (de 4,8% à 8,2% soit une augmentation de 3,4 points). Une hausse liée à l'augmentation des dépenses totale de santé incluant médicaments, actes médicaux, dispositifs médicaux et hygiène (ONS, 2024). Cette hausse peut être attribuée à plusieurs raisons :

- Une sensibilisation accrue à la santé, notamment en raison de la pandémie du COVID-19.
- La prolifération des maladies chroniques,
- La baisse du pouvoir d'achat des ménages,
- La non couverture par la sécurité sociale des tarifs réels pratiqués pour les actes de soins,
- Le déremboursement de plusieurs médicaments et/ou le remboursement selon le tarif de référence,

Selon la même enquête, en termes de valeur, les dépenses annuelles totales pour la santé et l'hygiène corporelle sont passées de 34 185 DA en 2011 à 71 345 DA en 2022, enregistrant ainsi un taux de croissance de 108,7%. Par habitant, la dépense annuelle moyenne est passée de 5 833 DA en 2011 à 14 384 DA en 2022, soit une hausse de 146,6%. La dépense de santé et hygiène corporelle à presque triplée. Ce qui suggère un problème d'équité sociale et d'accessibilité financière aux soins, notamment pour les ménages à revenus faible. D'ailleurs, l'examen des dépenses globales par produits en décile, montrent que les dépenses de santé et hygiène corporelle du décile des plus riches (6,9% de leur dépense totale) représentent 9 fois les mêmes dépenses chez le décile des plus pauvres (7,5% de leur dépense totale). Et 25,4% des dépenses totales de santé et hygiène corporelle sont effectuées par le décile des plus riches¹, contre 2,8% effectuées par le décile des plus pauvres. D'où une faible accessibilité financière aux soins pour les plus pauvres. L'Etat a entamé depuis 2020 une stratégie multidimensionnelle afin d'encourager la production et la consommation des médicaments locaux.

A travers le développement de la production locale de médicaments génériques de qualité, en particulier pour les maladies chroniques. Une stratégie qui vise à réduire les coûts

¹ Alors que, dans une situation d'égalité sociale, chaque décile est censé dépenser 10%.

et la dépendance aux importations des médicaments et d'assurer une sécurité sanitaire. En effet, en 2022, la production nationale a réussi à couvrir 65% de la demande nationale avec pour horizon à court terme d'atteindre 70% d'ici 2026, d'après le ministre de l'industrie (APS, 2025). L'Etat a encourager entre autres, les Partenariats public-privé pour développer des collaborations entre le secteur public et le secteur privé pour renforcer les capacités de production, améliorer la qualité des médicaments et faciliter l'accès aux traitements. C'est ainsi que des grands laboratoires étrangers se sont installés en Algérie. En adoptant une approche proactive et concertée, l'industrie pharmaceutique algérienne peut jouer un rôle déterminant dans l'amélioration de l'accès financier aux soins et dans la prise en charge des maladies chroniques, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie des patients, à renforcer le système de santé dans son ensemble et à alléger la charge sur le système de sécurité sociale qui pourra de ce fait améliorer et/ou actualiser ses tarifs de remboursement. Il est essentiel de souligner que cette transformation nécessite un engagement fort des autorités publiques, des professionnels de santé, des acteurs de l'industrie pharmaceutique et de la société civile, afin de construire un système de santé plus juste, équitable et accessible à tous.

En conclusion, l'analyse des dépenses de santé en Algérie met en lumière un système de financement complexe, marqué par la prédominance de l'État et de la sécurité sociale, mais aussi par une montée significative des dépenses privées et du reste à charge pour les ménages. Malgré la gratuité des soins instaurée depuis 1974 et l'extension progressive de la couverture sociale, des inégalités d'accès persistent. Les efforts de l'État pour développer les infrastructures, renforcer la prévention et améliorer la prise en charge des maladies chroniques ont permis des avancées notables, mais la soutenabilité financière du système reste un défi majeur. La croissance démographique, la transition épidémiologique et la dépendance aux revenus pétroliers accentuent la pression sur les ressources publiques. Pour garantir une accessibilité financière équitable et durable, des réformes structurelles sont indispensables, notamment la révision des tarifs de remboursement, le renforcement de la prévention et l'intégration du secteur privé. Enfin, la réussite du système de santé algérien dépendra de sa capacité à réduire les inégalités territoriales et sociales, tout en assurant la qualité et la pérennité des soins pour l'ensemble de la population.

Chapitre IV
Les dépenses de soins de cardiologie à
Bejaía

Ce chapitre se penche sur une problématique de santé publique et socio-économique cruciale en Algérie, et plus spécifiquement à Bejaia : l'impact des maladies cardiovasculaires (MCV) sur les dépenses de santé des ménages et l'accessibilité financière aux soins. Les MCV, qui représentent l'une des principales causes de mortalité en Algérie depuis la transition épidémiologique des années 1980, posent un défi majeur au système de santé et à la stabilité financière des familles. Malgré un système de santé public théoriquement gratuit et une couverture sociale universelle, il est observé que les ménages supportent une part significative des coûts des soins, souvent qualifiés de "dépenses directes" ou "out-of-pocket" (OOP). L'absence de données spécifiques et détaillées sur les dépenses par pathologie et l'accessibilité financière aux soins cardiologiques dans la région de Bejaia rend difficile une évaluation précise de l'ampleur de ce fardeau économique.

Dans ce contexte, la présente étude, s'inscrivant dans le cadre d'une thèse de doctorat en sciences économiques, vise à combler cette lacune. Son objectif principal est de comprendre la structure et de mesurer l'ampleur des dépenses de soins, en particulier celles liées à la cardiologie, et d'analyser l'influence du pouvoir d'achat des ménages sur leur capacité à accéder à ces soins vitaux. Pour ce faire, une approche quantitative rigoureuse a été adoptée, basée sur la collecte de données auprès d'un échantillon significatif de 3 154 patients atteints de MCV dans diverses structures sanitaires de Bejaia, y compris ceux venant d'autres régions. Cette méthodologie permet d'analyser à la fois les dépenses directes (consultations, médicaments, hospitalisations, examens) et indirectes (perte de revenus, frais de transport, absentéisme) afin de fournir une vision globale des coûts supportés par les ménages et d'identifier les facteurs déterminants de ces dépenses.

Le chapitre est structuré en plusieurs sections clés pour explorer en profondeur cette problématique. La première section est consacrée à la méthodologie de l'enquête, détaillant le contexte, les objectifs généraux et spécifiques, le processus de conception et de réalisation du questionnaire, les mesures éthiques et les caractéristiques de l'échantillon. La deuxième section examine les coûts globaux supportés par les ménages ayant un membre atteint de cardiopathie, en identifiant les facteurs économiques, sociaux et géographiques influençant ces dépenses dans un contexte d'inégalités d'accès aux soins. Enfin, la troisième section distingue et analyse les coûts directs (consultations, traitements, actes médicaux, déplacements) et indirects (perte de productivité, absentéisme) des soins de cardiologie, tout en mettant en évidence l'impact financier sur les ménages et les limites du système de santé actuel en termes de financement et de couverture sociale. Ce travail vise ainsi à éclairer les

mécanismes financiers en jeu et à formuler des recommandations concrètes pour améliorer l'accessibilité et l'équité des soins cardiologiques à Bejaia.

Section 01 : Méthodologie de l'enquête

Cette première section de notre étude est dédiée à la présentation exhaustive de la méthodologie employée pour la réalisation de l'enquête de terrain. Inscrite dans le cadre d'une thèse de doctorat en sciences économiques, cette démarche vise à élucider l'influence du pouvoir d'achat des ménages sur l'accessibilité aux soins de cardiologie dans la wilaya de Bejaia, en Algérie. Face à l'absence de données spécifiques sur cette problématique, une enquête directe auprès des patients atteints de pathologies cardiovasculaires s'est avérée indispensable. Cette section détaillera le contexte de l'étude, les objectifs généraux et spécifiques de l'enquête, le processus de conception et de réalisation du questionnaire, les mesures prises pour assurer la confidentialité et l'éthique, les caractéristiques générales de l'échantillon et de la population étudiée, ainsi que les méthodes de collecte et de traitement des informations. Nous aborderons également les défis rencontrés durant cette phase cruciale de notre recherche.

1.1. Contexte de l'enquête

Les enquêtes liées à l'impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité aux soins de cardiologie en Algérie, n'existent pas. À travers ce questionnaire, l'enquête vise à recueillir des données directement auprès des patients souffrant de problèmes cardiaques afin d'analyser comment leur situation économique, notamment leur pouvoir d'achat, influence leur capacité à accéder aux traitements, consultations, examens et autres actes médicaux nécessaires en cardiologie. La participation des répondants est considérée comme très importante pour la réussite de cette thèse, et il est expressément garanti que toutes les réponses seront traitées de manière confidentielle

À cause de la transition épidémiologique que connaît l'Algérie depuis les années 80, les MCV, première cause de décès, constituent un problème de santé publique. Pour pouvoir décortiquer le lien entre maladie et pauvreté, une étude approfondie sur le niveau des revenus du ménage du malade, les dépenses de contraintes, les dépenses de santé, les dépenses de soins de cardiologie, les postes de dépenses de soins critiques (par types) hors budget des malades et le degré d'accessibilité des malades à leurs soins de cardiologie, s'avère nécessaire.

Notre enquête porte sur un échantillon de 3 154 patients atteints de MCV, issus de diverses zones géographiques de la wilaya de Bejaia. Ces patients ont été pris en charge dans l'ensemble des structures sanitaires locales, incluant le CHU Khelil Amrane, les établissements hospitaliers publics (EPH), ainsi que les cabinets et cliniques médicales privées. L'étude intègre également les malades venant d'autres régions pour se soigner à Bejaia.

Cette démarche vise à évaluer l'ampleur des dépenses liées aux soins de cardiologie dans la région, en accordant une attention particulière aux populations vulnérables. Elle permet aussi d'analyser l'impact du pouvoir d'achat des ménages sur leur capacité à financer ces soins spécialisés. Les résultats obtenus offriront une vision précise des charges financières supportées par les patients et mettront en lumière les principaux déterminants économiques influençant l'accès et la continuité des soins de cardiologie. Ce travail contribuera ainsi à identifier les leviers d'action prioritaires pour améliorer la prise en charge et réduire les inégalités d'accès aux soins à Bejaia.

- Le revenu des ménages et les dépenses de contraintes.
- La part des dépenses de santé dans le revenu du ménage.
- La part des dépenses de soins de cardiologie dans les dépenses de santé des ménages
- Le rôle de la couverture sociale dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les patients Le coût de la prise en charge médicale des MCV à travers les coûts directs et indirects.
- La perception de l'accessibilité aux soins de cardiologie par les ménages.
- Les sources alternatives de financement interpellées par les malades pour combler la défaillance de financement publique.
- L'impact financier de l'accessibilité (ou de l'inaccessibilité) aux soins de cardiologie sur la qualité de vie des ménages.

Pour la constitution de notre échantillon, nous avons eu recours à la méthode des quotas, une technique d'échantillonnage non probabiliste visant à assurer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population mère. Cet échantillon représente 2,6% de la population totale des malades cardiovasculaires recensés par la CNAS de Bejaia. Une proportion obtenue à travers la loi de l'échantillonnage. Sa composition a été rigoureusement établie en respectant les proportions existantes dans la population de référence pour deux critères essentiels : le type de maladie cardiovasculaire et le sexe des patients.

Concernant les autres critères démographiques et socio-professionnels, tels que l'âge et la catégorie professionnelle, leur distribution au sein de l'échantillon n'a pas été soumise à des quotas prédéfinis, mais plutôt déterminée par la sélection des individus répondant aux critères de type de MCV et de sexe. Cette approche permet de recueillir des données sur l'ampleur des dépenses de soins de cardiologie dans la wilaya, en portant une attention particulière aux populations vulnérables. L'objectif est également de mesurer l'impact du pouvoir d'achat des patients sur leurs dépenses de soins de cardiologie, afin de mettre en lumière les facteurs influençant l'accès aux soins et de proposer des améliorations.

1.2. L'objectif général de l'enquête

L'objectif général de l'enquête est d'analyser l'impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie. Plus spécifiquement, à travers cette enquête nous avons recherché à :

- Évaluer la perception des patients concernant l'accessibilité financière à leurs soins cardiaques.
- Identifier les dépenses directes et indirectes liées aux soins de cardiologie (consultations, traitements, actes d'analyses et de radiologie médicales, déplacements, perte de revenus).
- Tracer un bilan de la structure des dépenses de soins de cardiologie, par source de financement (les dépenses supportées par la sécurité sociale, par l'Etat, par les mutuelles et celles restant à la charge des patients).
- Comprendre les stratégies de financement des patients (couverture sociale, aides familiales, associatives, etc.).
- Mettre en lumière les conséquences des difficultés financières sur la continuité des soins et l'état de santé.
- Analyser l'impact global de la maladie cardiovasculaire et de ses coûts sur la vie quotidienne et la situation économique du ménage.
- Recueillir des propositions concrètes des patients pour améliorer l'accès financier aux soins de cardiologie.
- Pour identifier les MCV les plus répandues au sein de la population de la wilaya, afin de mieux comprendre la prévalence de ces pathologies et à orienter les efforts de prévention et de traitement dans la région.

1.3. Conception et réalisation de l'enquête

En Algérie, les MCV causent le décès d'un tiers chaque année. Cependant, les données fournies par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, ainsi que par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, ne permettent pas d'obtenir une vue d'ensemble complète sur ce sujet. En particulier, elles manquent d'informations détaillées concernant les dépenses de soins par pathologie et l'accessibilité financière à ces soins dans à Bejaia. Cette lacune rend difficile une évaluation précise de l'impact économique des maladies cardiovasculaires sur la population locale. L'enquête TAHINA réalisée par l'INSP en 2005 sur la transition épidémiologique et le système de santé en Algérie, ne parvient pas à aborder de manière adéquate la question des coûts associés aux maladies chroniques. Il est donc nécessaire de mener des recherches plus récentes et approfondies pour mieux comprendre l'impact économique de ces pathologies sur le système de santé algérien et bien particulièrement le coût des soins de cardiologie.

Pour notre recherche, nous avons mené une enquête de terrain en utilisant un questionnaire destiné aux patients atteints de MCV à Bejaia. Cette approche nous a permis de recueillir des données précieuses sur leur état de santé, leurs besoins et les défis auxquels ils font face. L'enquête a duré d'octobre 2024 à Août 2025. Les réponses aux questionnaires ont été reportées via un entretien direct avec les malades. Cette méthode permet d'éviter les réponses manquantes, d'une part, et de collecter des réponses même auprès des personnes analphabètes. Dans ce sens, et vu que les MCV touchent plus les personnes âgées avec un niveau d'instruction modestes et/ou leur état de santé les rendent dans l'incapacité physique d'écrire ou de lire un questionnaire. En vue de mieux comprendre le phénomène des maladies cardiovasculaires et d'évaluer la part des coûts de leur prise en charge qui est directement supportée par les patients, nous cherchons à analyser les implications financières de ces pathologies sur les individus concernés. les résultats de cette enquête permettront de déterminer le degré d'accessibilité par rapport au pouvoir d'achat.

Dans le cadre de notre étude, nous avons travaillé avec un échantillon significatif, ce qui nous a permis d'obtenir des résultats représentatifs. Cette taille d'échantillon a été soigneusement choisie pour garantir la fiabilité de nos analyses et conclusions. Les malades souffrent de MCV (Hypertension Artérielle, Infarctus Du Myocard, valvulopathies, insuffisance cardiaque, malformations congénitales, etc.) et recevant des soins à Bejaia. Les participants sont des adultes directement concernés par la gestion de leur maladie et de ses

coûts, ou de la maladie de leur enfant à charge. Des patients suivis en soins ambulatoires ou en soins hospitaliers en cardiologie publique et/ou privée en toute confidentialité.

Notre questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur les données de la CNAS, ainsi que sur des recommandations formulées par des cardiologues du CHU Khellil Amrane. Par ailleurs, notre étude s'est inspirée de recherches antérieures menées en France et au Canada. Grâce à l'ensemble des informations recueillies à travers cette enquête, nous serons en mesure d'évaluer le coût de la prise en charge des MCV à Bejaia, et d'évaluer son impact sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie pour le malade.

1.4. Le questionnaire de l'enquête

L'élaboration de notre questionnaire a nécessité un mois de travail intensif. Nous avons puisé notre inspiration dans des enquêtes similaires menées en France et au Canada, afin de bénéficier de leur expertise dans ce domaine. Ce questionnaire a été conçu en étroite collaboration avec un docteur en économie de la santé et un professeur en cardiologie, garantissant ainsi sa pertinence et sa rigueur scientifique. Le questionnaire est structuré en cinq parties principales, permettant une collecte exhaustive des données (voir annexe n°) :

1.4.1. Première partie : Informations générales sur le Malade

Elle recense:

- Données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, profession, situation familiale, nombre de personnes à charge).
- Informations économiques du ménage (revenu mensuel, dépenses moyennes pour l'alimentation, le logement, les services essentiels). Ces données permettront de caractériser le pouvoir d'achat des répondants.

Données de cadrage indispensables pour le profilage et le contrôle des effets de structure

1.4.2. Deuxième partie : État de Santé et Traitements

On retrouve des questions qui s'intéressent au:

- Type et ancienneté de la maladie cardiaque.
- Diagnostic principal et comorbidités chroniques.
- Lieu de prise en charge des soins (public, privé, spécialiste, généraliste, ambulatoire, hospitalier).
- Protocole de soins actuel (médical, programme de soins, actes médicaux).

- Présence d'autres maladies chroniques au sein du ménage.
- Estimation des dépenses de santé trimestrielles.
- Participation financière aux soins de cardiologie et type de couverture sociale (Sécurité sociale, mutuelle).
- Questionnement sur la réduction ou l'interruption des soins pour des raisons de coût et ses conséquences sur l'état de santé.
- Identification des postes de dépenses de soins qui génèrent le plus de difficultés financières (consultation, médicaments, radiologie, déplacement, etc.).
- Détail de la structure de financement pour diverses catégories de dépenses (part du patient, de l'État, de la sécurité sociale, de la mutuelle).
- Impact de la maladie sur la capacité à travailler (absentéisme du patient ou de son entourage) et estimation de la perte d'indemnités journalières.
- Évolution perçue de l'accessibilité financière des soins de cardiologie dans le temps et ses causes.
- Adaptations ou interruptions du traitement liées au coût, conséquences sur la santé.

1.4.3. La troisième partie : perception de l'accès financier aux soins de cardiologie

Cette partie relate, plusieurs questions d'ordre subjectif sur le degré de perception de l'accès aux soins, à travers:

- Une évaluation subjective de l'accès aux soins de cardiologie (sur une échelle de très difficile à facile).
- La perception de l'influence du pouvoir d'achat sur cet accès.
- L'accès aux aides financières externes (associations, famille, amis, autres).

1.4.4. La quatrième partie : l'impact de la maladie sur la vie quotidienne

Plusieurs externalités de la maladie cardiovasculaires peuvent être perçues par le malade, cette partie diagnostic la « spirale appauvrissante » en cas de dépenses catastrophiques de santé, via la :

- Mesure de l'impact de la maladie sur le travail, les relations sociales, les activités (perte d'emploi, isolement social, appauvrissement).
- Analyse des difficultés financières spécifiques pour la famille dues à la maladie.
- Perception de l'amélioration potentielle de l'état de santé avec un meilleur revenu.

1.4.5. La cinquième partie : Questions ouvertes

Cette partie ce veut un recueil des propositions libres des patients pour améliorer l'accès financier aux soins de cardiologie à Bejaia.

1.5. Confidentialité et Éthique

Il est clairement stipulé que toutes les réponses seront traitées de manière confidentielle et anonyme, garantissant la protection des données personnelles des participants. La participation est volontaire et très appréciée pour la richesse des informations qu'elle apporte à la recherche.

Dans cette enquête, trois points ont été soigneusement respectés:

- Respect de la confidentialité et de l'anonymat des réponses.
- Information préalable et consentement des participants.
- Utilisation exclusive des données à des fins de recherche académique scientifique et policy-making.

1.5.1. Types de variables et échelles de mesure

Différentes variables ont été choisies, selon la nature de l'information recherchée, nous retrouvons :

- Les variables nominales : sexe, type de pathologie, source de soins, type de couverture sociale.
- Les variables ordinales : niveaux d'étude, échelle de difficulté d'accès.
- Les variables à intervalles/ratio : âge, nombre de personnes à charge, revenus, montants de dépenses (en DA ou en pourcentage du revenu).
- Les questions ouvertes : verbatim des propositions d'amélioration.

1.5.2. Pré-test et validation

Avant le lancement de l'enquête, nous avons réalisé un passage auprès d'un petit groupe de malades pilote (25 patients) pour vérifier la clarté des questions, la cohérence des options de réponse et la durée de passation. Un près test réalisé du 15 au 30 septembre 2024. En conséquents, des ajustements lexicaux, reformulations, ordre des questions optimisé pour limiter l'effet de fatigue, ont été apportés aux questionnaire de l'enquête avant le lancement officiel de l'enquête en Octobre 2024.

1.5.3. Importance des résultats attendus

Les résultats de cette enquête permettront d'offrir une compréhension approfondie des défis financiers rencontrés par les patients cardiaques à Bejaïa. Ils serviront de base à des recommandations concrètes et fondées sur des données empiriques pour les décideurs politiques, les acteurs de la santé et les organismes sociaux, dans le but d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de cardiologie.

1.6. Les caractéristiques de l'enquête

Cette enquête compile des données sur les coûts associés à la prise en charge des patients atteints de maladies cardiovasculaires, en utilisant un échantillon par quotas provenant de diverses localités de Bejaia.

1.6.1. Population de Bejaia

La population de Bejaia continue de croître, passant de 856 844 habitants en 1996 à 1 015 550 habitants en mars 2025 (Direction de la planification et de suivi des budgets, 2025). Les projections des Nations Unies estiment qu'elle pourrait dépasser 1,5 million d'habitants d'ici 2100 (Nations Unis, 2025).

La population de Bejaia a enregistré une augmentation modeste de seulement 12 % au cours des deux décennies entre 1996 et 2015. En 2025, cette population se répartit presque également entre hommes (51 %) et femmes (49 %). Cependant, la wilaya fait face à un vieillissement démographique, illustré par l'augmentation continue de l'âge médian, qui est passé de 19 ans en 1995 à 27,8 ans en 2019. Les prévisions indiquent que cet âge médian pourrait atteindre 46 ans d'ici 2100 (Nations Unis, 2025).

L'analyse de la répartition de la population de Bejaia, selon les données de la Direction de la Planification et du Suivi des Budgets (DPSB) en 2024, révèle que 56,21 % des habitants ont moins de 30 ans. En outre, près de 35 % de la population se situe dans la tranche d'âge de 30 à 60 ans, tandis que les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 8,85 % de la population totale.

1.6.2. Population enquêtée

Selon les données fournies par la CNAS, le nombre total d'assurés sociaux souffrant de pathologies cardiovasculaires s'élevait à 37 589 en septembre 2019. Cette population est répartie selon le sexe et les différentes familles de maladies sur un total de 110 688 assurés malades chroniques, soit 33,96% du total des malades chroniques. Associées à

l'hypertension artérielle maligne qui capte 13 316 des cas (soit 12,03%), les cardiopathies de manière générale représentent 46% des malades chroniques recensés à Bejaia. La proportion de personnes atteintes de maladies chroniques est la plus élevée, suivie par le diabète, qui représente 23,46 % des cas, et le cancer, avec 17,67 % des cas.

Les maladies cardiovasculaires constituent un enjeu majeur de santé publique à Bejaia, où la direction de la CNAS rapporte l'apparition de 7 000 nouveaux cas tous les six mois. Cette situation souligne l'urgence d'une action collective pour faire face à cette problématique croissante (Service contrôle médicale, 2020). En dépit de ce taux de progression, la population de malades aurait atteint en septembre 2024 une population de malades de 120 905 malades, soit 11,9% de la population de Bejaia est atteint de cardiopathies.

Nous avons appliqué la méthode des quotas en échantillonnage, sur le nombre des malades. Le reste des critères (sexe, âge, état de santé etc.) est aléatoire. Pour une population finie, la formule la plus utilisée est :

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times (1 - p)}{e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times (1 - p)}$$

Où :

n = taille de l'échantillon recherchée

N = taille de la population mère

z = valeur de la loi normale pour le niveau de confiance choisi

p = proportion estimée de la caractéristique étudiée

e = marge d'erreur tolérée

Dans notre enquête, nous allons considérer les valeurs suivantes :

- La population cible est N=120 905
- z = 1,96 (pour un niveau de confiance de 95%)
- P = 0,5, vu que la probabilité est inconnue
- La marge d'erreur tolérée est de : e = 0,0172; soit 1,722%

La taille de l'échantillon n est de 3154 malades atteints de HTA malignes et/ou de cardiopathies avancées à Bejaia.

Cette étude a examiné une population de patients souffrant des pathologies cardiovasculaires les plus courantes à Bejaia, notamment l'hypertension artérielle maligne,

les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde), l'insuffisance cardiaque, les valvulopathies et les accidents vasculaires cérébraux.

Tableau n°11: Les malades selon l'âge

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
[0, 15[	30	1,0	1,0
[15, 30[	42	1,3	2,3
[30, 45[	339	10,7	13,0
[45, 60[	892	28,3	41,3
[60, 75[	1308	41,5	82,8
+ 75	543	17,2	100,0
Total	3154	100,0	

Source : (Meklat, 2025)

Selon les résultats de notre enquête, plus de 41 % des patients se situent dans la tranche d'âge de 60 à 75 ans, tandis qu'environ 30 % d'entre eux sont âgés entre 45 et 60 ans, ce qui fait que plus de 70% d'entre eux sont âgés entre 45 et 75 ans. Plus de 12% des cas sont recensés chez une population de moins de 30 ans. D'où les MCV s'attaquent à une population de plus en plus jeune active. Si l'on s'intéresse aux malades âgés entre 30 et 60 ans, ils représentent 39% des cas. Ce qui signifie qu'environ 40 % des patients sont des travailleurs ou se trouvent dans la tranche d'âge active.

Tableau n°12: Les malades selon le genre

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Homme	1420	45,0	45,0
Femme	1734	55,0	100,0
Total	3154	100,0	

Source : (Meklat, 2025)

Les malades femmes sont plus nombreuses que les malades hommes, ce qui confirme la prévalence élevée des MCV chez les femmes. Concernant la situation matrimoniale, près des 3/4 des questionnés sont mariés.

Tableau n°13: Les malades selon la situation matrimoniale et le nombre de personnes à charge.

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Marié	2266	71,8	71,8
Divorcé	60	1,9	73,7
Veuf	564	17,9	91,6
Célibataire	264	8,4	100,0
Total	3154	100,0	

Source : (Meklat, 2025)

8,4 % des malades sont des jeunes célibataires, ce qui est alarmant. D'après les résultats obtenus, il apparaît que 99 % des répondants ont des personnes à charge (enfants, parents, frères, etc.) 45,6% des malades (mariés ou pas) ont entre 3 à 5 personnes à charge, pour qui il doivent contribuer au dépenses. Ce qui représente une lourde responsabilité familiale, influençant significativement les dépenses de santé, en particulier pour les ménages à faible revenu.

Tableau n°14: Les malades selon le niveau d'instruction

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Primaire	516	16,4	16,4
Secondaire	1134	36,0	52,3
Universitaire	376	11,9	64,2
sans niveau	1128	35,8	100,0
Total	3154	100,0	

Source : (Meklat, 2025)

Sur l'ensemble de l'échantillon, 35,8% n'ont aucun niveau d'instruction vu qu'ils ont vécu leur enfance durant la guerre de libération, ce qui a empêché leur scolarisation. 11,9% des malades ont un niveau universitaire et 36% ont un niveau secondaire. Cette situation aura un impact sur le mode de vie, les habitudes alimentaires, ainsi que sur la prévention et la compréhension des maladies.

Tableau n°15: Les malades selon l'activité professionnelle

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Fonctionnaire	447	14,2	14,2
Retraité	855	27,1	41,3
Fonction libérale	360	11,4	52,7
Chômeur	1492	47,3	100,0
Total	3154	100,0	

Source : (Meklat, 2025)

Près de la moitié des personnes malades sont au chômage, selon les résultats de notre enquête, tandis que 25,6 % des assurés en activité souffrant de pathologies cardiovasculaires sont concernés. La forte proportion d'inactifs est liée au sexe des personnes malades, avec une majorité de chômeurs étant en réalité des femmes au foyer.

Tableau n°16: Les malades par sexe et selon l'activité professionnelle

		Sexe du malade		Total
		Homme	Femme	
Profession du malade	Fonctionnaire	348	99	447
	Retraité	676	179	855
	Fonction libérale	300	60	360
	Chômeur	96	1396	1492
Total		1420	1734	3154

Source : (Meklat, 2025)

Dans ce sens, 93,57% des chômeurs sont des femmes au foyer, alors que pour le reste des catégories socioprofessionnelles, c'est le sexe masculin qui domine.

1.6.3. Répartition géographique de l'échantillon

La Wilaya de Bejaia dispose aujourd'hui d'un CHU en son chef-lieu comptant 5 médecins cardiologues, et d'établissements publics hospitaliers assurant les soins de cardiologie; répartis entre EPH Akbou disposant d'un médecin cardiologue, EPH Kherrata avec 2 médecins cardiologues et l'EPH de Souk El-tenin comptant 2 médecins cardiologues, au 31 décembre 2024.

Quant aux établissements de soins libéraux, uniquement l'Etablissement Hospitalier Privé « Rameau d'Olivier » qui assure des soins hospitaliers en cardiologie (quelques programmes de soins de cardiologies). Les soins ambulatoires sont assurés principalement par des cabinets de soins de cardiologie libéraux au nombre de 24 médecins au 30 septembre 2025, dont la moitié est installée à la commune de Bejaia, 04 cardiologues à Akbou, 3 cardiologues à El-Kseur, 2 à Sidi Aich, 2 à Souk El-Tenin et 1 à Aoukas (Direction des ressources humaines, octobre 2025).

Étant donné que l'implantation géographique a été réalisée de manière aléatoire, nous avons également sélectionné au hasard les patients que nous avons interrogés dans les différentes structures de soins mentionnées précédemment. L'enquête par interview a été menée auprès des malades dans presque toutes les localités de la wilaya.

1.6.4. Collecte des informations

La collecte d'informations auprès des patients de la wilaya a été effectuée de manière appropriée, malgré les conditions de déplacement souvent difficiles. Pour ce faire, trois enquêteurs ont été soigneusement sélectionnés et formés, en tenant compte de leur sérieux, de leurs compétences en communication et de leur engagement envers la recherche scientifique. Les questionnaires ont été remplis directement par les enquêteurs, qui posaient les questions et notaient les réponses sur le formulaire. Cette approche nous a permis d'obtenir des questionnaires complets, bien remplis, bien qu'elle ait nécessité un temps considérable. Nous avons opté pour cette méthode pour deux raisons principales :

- Tout d'abord, en raison de l'incapacité des patients à répondre aux questionnaires en raison de leur âge avancé, de leur faible niveau d'instruction et de leur état de santé fragile.
- Ensuite, afin de garantir que les questionnaires soient complets et correctement remplis.

L'enquête s'est étendue sur une période de onze mois.

1.6.5. Contrôle des questionnaires

La vérification quotidienne des questionnaires a été essentielle pour garantir la cohérence des réponses. Nous avons également numéroté tous les documents d'enquête. L'objectif de ce contrôle était de s'assurer de :

- La quantité totale de questionnaires recueillis.
- L'identification des erreurs potentielles dans leur remplissage.

Après vérifications, nous avons apporté les corrections nécessaires et classé les documents de manière appropriée.

1.6.6. Dépouillement

Le dépouillement de notre enquête s'est déroulé en trois étapes.

- Tout d'abord, nous avons procédé à la codification de toutes les questions et sous-questions dans le logiciel SPSS version 25, ce qui a abouti à la création de 94 variables,
- Ensuite, nous avons saisi les réponses et les données contenues dans les questionnaires sur le logiciel. Cette étape nous a pris 20 jours, du 01.09.2025 au 20.09.2025,
- Nous avons finalement présenté les différents tableaux et graphiques générés à partir des résultats de l'enquête à l'aide du logiciel SPSS.

La gestion des questionnaires a été effectuée par nos soins sur un échantillon de 3 154 patients atteints de pathologies cardiovasculaires. Cette étude visait à évaluer le coût de la prise en charge ainsi que les facteurs influençant l'accessibilité financière aux soins cardiologiques.

En ce qui concerne le coût de la prise en charge, cette section englobe les dépenses directes et indirectes engendrées par la maladie, tant pour le patient que pour l'État, la sécurité sociale et les mutuelles. Pour analyser les données de cette étude, nous avons utilisé deux types de tableaux lors du dépouillement :

- La méthode de tri vectoriel (tri plat)
- La méthode de tri matriciel (tri croisé)

Nous avons effectué des tris à plat des données et établi la distribution des fréquences pour toutes les variables sous forme de tableaux. Pour chaque question, nous avons également calculé le nombre de réponses obtenues pour chaque modalité. Cette distribution des fréquences est relative. L'examen de ces tableaux nous permettra de :

- Identifier les erreurs d'enregistrement survenues lors de la saisie des données ;
- Présenter une synthèse structurée des principaux enseignements issus de l'enquête, en mettant en évidence les tendances majeures et les faits observés ;
- Repérer et signaler les aspects des résultats qui apparaissent ambigus, contradictoires ou qui s'écartent des attentes, afin de cibler les zones nécessitant une interprétation ou une analyse complémentaire ;
- Repérer et signaler les aspects des résultats qui présentent des ambiguïtés, des incohérences ou des insuffisances, et qui justifient la réalisation d'analyses complémentaires pour en approfondir l'interprétation ou en clarifier la portée.

1.7. Difficultés rencontrées

La conduite de notre enquête, visant à recueillir des données auprès de patients au sein de divers établissements de santé (CHU, EPH, cliniques et cabinets privés), a nécessité l'obtention préalable d'une autorisation formelle d'accès auprès du décanat de notre faculté, spécifiquement de son service chargé de la recherche et des relations extérieures. Cette démarche a permis d'établir un cadre institutionnel pour l'interaction avec les participants. Nous avons rencontré deux types de problèmes :

1.7.1. Le niveau intellectuel

Lors de la phase de collecte de données de notre enquête, nous avons constaté que l'interview de certains patients, présentant un niveau de littératie en santé relativement faible, a compromis leur capacité à répondre de manière éclairée à des questions sensibles et techniques. Ces questions portaient notamment sur la nature spécifique de leur maladie ou les types de procédures radiologiques associées, informations pour lesquelles ils ne possédaient pas les connaissances requises. Afin de surmonter cette difficulté et de garantir l'exhaustivité des données, nous avons mis en œuvre une approche complémentaire. Pour chaque cas concerné, l'information manquante a été recueillie directement auprès du médecin traitant ou de son assistante. Ces professionnels ont complété les sections pertinentes du questionnaire en se référant aux dossiers médicaux archivés du patient, qu'ils soient détenus au cabinet médical ou au sein de l'établissement hospitalier. Cette méthode a

permis de pallier les lacunes de compréhension des patients tout en respectant les cadres d'accès aux informations médicales confidentielles. C'est pour cela d'ailleurs, que l'intégralité de l'enquête été réalisée dans les structures de soins (CHU, EPH, EHP, cliniques et cabinets).

1.7.2. Le manque d'enquête similaire sur le niveau local et national

La réalisation de notre enquête sur les MCV a été marquée par des difficultés notables, principalement dues à l'absence de recherches comparables, tant au niveau local que national. Cette lacune a eu un double impact : elle a rendu complexe l'inspiration méthodologique pour la conception de notre étude et a limité les possibilités de contextualisation et de comparaison de nos résultats avec des données préexistantes sur la prévalence et les facteurs de risque des MCV.

En somme, cette section a méthodiquement exposé les fondements de notre enquête de terrain, soulignant le caractère rigoureux et systématique de notre approche. De la définition du contexte à la présentation détaillée de l'échantillon, en passant par la conception du questionnaire, les impératifs éthiques et les procédures de collecte et de dépouillement des données, chaque étape a été décrite pour garantir la robustesse scientifique de notre démarche. Malgré les difficultés inhérentes à la spécificité du sujet et au manque de références locales, les choix méthodologiques, tels que l'échantillonnage par quotas, les entretiens directs et le pré-test, ont été adaptés pour surmonter ces obstacles et assurer la complétude des informations. L'objectif était de bâtir une base de données solide et fiable qui permettra, comme les résultats attendus le soulignent, d'offrir une compréhension approfondie des défis financiers auxquels sont confrontés les patients cardiaques de Bejaia. Cette méthodologie rigoureuse servira de socle pour des analyses futures et l'élaboration de recommandations concrètes et pertinentes destinées aux décideurs politiques et aux acteurs de la santé.

Section 02: Les dépenses totales de santé des malades atteints de cardiopathies à de Bejaia

La santé cardiovasculaire représente un enjeu majeur de santé publique ; particulièrement à Bejaia où les maladies cardiovasculaires (MCV) sont en forte augmentation. Cette section se penche sur les dépenses de santé des ménages touchés par ces pathologies, en mettant en lumière les coûts directs associés aux soins de cardiologie. En dépit d'un système de santé public théoriquement gratuit, les ménages font face à des dépenses significatives, souvent qualifiées de "out of pocket", qui peuvent engendrer des difficultés financières considérables. À travers une analyse détaillée des dépenses directes, des facteurs influençant ces coûts, ainsi que des disparités observées selon le statut socio-économique et la nature des maladies, cette section vise à fournir une compréhension approfondie des défis économiques auxquels sont confrontés les patients et leurs familles dans la gestion des maladies cardiovasculaires.

Les dépenses directes de santé des ménages, également appelées dépenses "out of pocket" (OOP), désignent les sommes que les ménages paient directement de leur poche pour accéder aux services de santé, sans remboursement ou prise en charge par un tiers (l'État, les assurances maladies ou les mutuelles). Ces dépenses ne cessent de croître, du fait que la liste des tarifs de remboursement de la sécurité sociale est limitée et ancienne, datant de 1987. En dépit de la forte morbidité en maladies cardiovasculaires. Les dépenses de soins de cardiologie représentent une part non négligeable chez les ménages ayant un membre atteint.

2.1 Les dépenses totales directes de santé des ménages (Out Of Pocket)

Bien que le système de santé public soit largement gratuit en Algérie, les dépenses directes des ménages restent significatives pour plusieurs raisons :

- Recours au secteur privé : les ménages se tournent souvent vers le secteur privé pour éviter les délais d'attente dans les hôpitaux publics.
- Le déremboursement ou le remboursement partiel des médicaments (tarifs de références) : certains médicaments ne sont pas remboursés, ou le tarif de référence du remboursement est nettement plus bas que le PPA.
- Les soins spécialisés : les consultations chez des spécialistes (cardiologues, ophtalmologues, etc.) dans le secteur privé sont souvent coûteuses et loin du tarif de remboursement de 100 Da.

- Les frais de déplacement (transport) : dans les zones rurales ou éloignées, les frais de transport pour accéder aux soins peuvent être élevés.

Selon les estimations de la BM, les dépenses directes des ménages représentent environ 49 % des dépenses totales de santé en Algérie, ce qui est relativement élevé dans un pays ayant une médecine publique gratuite et la couverture sociale universelle.

En effet, d’après les résultats de notre enquête, la moyenne des dépenses directes totales de santé dans notre échantillon est de **55 956,18** DA par trimestre et par ménage (ayant un membre atteint de MCV).

Tableau n°17: Dépenses directes totales de santé des ménages (par trimestre)

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
]0,200 000]	3008	95,37	95,37
]200 000, 800 000]	110	3,49	98,86
]800 000, 1 000 000]	25	0,79	99,65
+1000 000	11	0,35	100
Total	3154	100	

Source : (Meklat, 2025)

La majorité des ménages supportent des dépenses de santé inférieures à 200 000 DA par trimestre. D’autres ménages, même en faibles proportions, font face à des dépenses exorbitantes de santé allant de 800 000 DA à plus de 1 000 000 Da, par trimestre. Ces disparités se matérialisent par un écart type de 165 172,75 Da.

2.2 Les facteurs influençant les DTS

Plusieurs facteurs peuvent aggraver les dépenses directes totales de santé des ménages, en l’occurrence : le nombre de personnes à charge, la présence de plusieurs morbidités au sein du ménage, la gravité des maladies ou leur chronicité et/ou le niveau du revenu du ménage.

2.2.1. La taille du ménage

La taille du ménage est un facteur important de l’aggravation des dépenses directes de santé puisque les familles nombreuses ou avec plusieurs membres malades voient leurs DTS

augmenter. Sans oublier la présence de personnes âgées ou d'enfants en bas âge, qui nécessitent plus de soins.

Près de la moitié de notre échantillon est constitué de ménages à trois personnes à charge, plus du tiers comptent 2 personnes, le reste étant réparti entre 4 personnes pour 17% des ménages et 5 personnes pour une minorité. Cette répartition est due à l'âge avancé des malades questionnés, soit 62 ans en moyenne, avec un écart type de 15 ans, qui ont souvent des enfants d'âge adulte ayant pris leur autonomie.

Tableau n°18: Répartition des ménages ayant un membre atteint de MCV, selon leur taille

		Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Le nombre des membres d'un ménage	2	1118	35,45	35,45
	3	1444	45,78	81,23
	4	544	17,25	98,48
	5	48	1,52	100
	Total	3154	100	

Source : (Meklat, 2025)

Plusieurs malades questionnés sont encore célibataires, mais avec des personnes à leur charge, à savoir leurs parents et/ou leurs frères et sœurs.

Tableau n°19: Relation entre le nombre de personne à charge et les DTS

		DTS (Da)				Total
		]0, 200 000]	]200 000, 800 000]	]800 000, 1 000 000]	+ 1 000 000	
Nombre de personnes à charge	2	1071	47	0	0	1118
	3	1360	48	25	11	1444
	4	529	15	0	0	544
	5	48	0	0	0	48
	Total	3008	110	25	11	3154

Source: (Meklat, 2025)

Contrairement à ce qu'on a supposé en présence d'une couverture sociale universelle, il existe une relation de cause à effet entre la taille du ménage et les dépenses directes totales

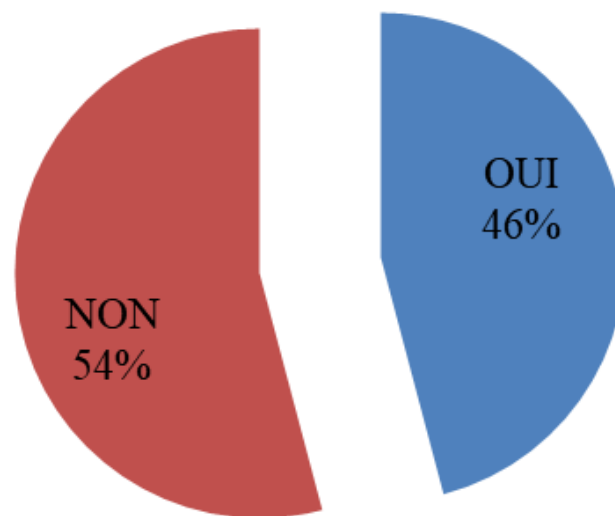
de santé des ménages. Les ménages composés de 3 membres ont dépensé plus de 800 000 DA par trimestre pour les soins de santé, alors que les familles les plus nombreuses n'ont dépensé que moins de 200 000 DA par trimestre.

On constate donc une relation inverse entre la taille du ménage et les DTS. Par conséquent, les familles nombreuses, à défaut d'une couverture sociale convenable, renoncent aux soins par incapacité de supporter l'avance de frais ou le out of pocket, vu que d'autres dépenses essentielles dites de contraintes, sont considérées prioritaires par les ménages (à savoir: l'alimentation, l'hébergement, l'électricité, le gaz et l'eau). De ce fait, on peut conclure que plus la taille d'un ménage augmente, plus leurs dépenses directes de soins de santé diminuent. D'ailleurs, d'après une récente enquête sur 320 ménages de Bejaïa, composés de 1567 individus, en 2020, 57% des ménages ont déclaré avoir renoncé aux soins pour des raisons financières, soins que pour une bonne partie concerne des malades âgés. Les résultats de l'enquête indiquent un taux significatif de renoncement aux soins au sein de la population interrogée. Ce renoncement concerne les soins dentaires (pour 73% des personnes enquêtées), les consultations de médecins spécialistes (pour 25,63% des ménages), les actes médicaux d'analyses et de radiologie (18,91%). Ce phénomène de renoncement aux soins, notamment pour les soins dentaires et les consultations spécialisées, est une problématique bien documentée, souvent liée à des raisons financières. Des chiffres alarmants qui reflètent des difficultés financières d'accès aux soins de santé (Cheurfa & Kaid Tlilane, 2020).

2.2.2. La comorbidité dans le ménage

L'existence de comorbidité dans le ménage, notamment de maladies chroniques, augmente les DTS. Les maladies chroniques (cardiovasculaires, diabète, cancer, etc.) nécessitent des soins de spécialité réguliers, des médicaments au long cours et des examens fréquents, ce qui augmente les DTS.

Figure n°41 : Coexistante de comorbidité dans le ménage



Source : (Meklat, 2025)

Dans notre échantillon, 46% des ménages déclarent l'existence de comorbidité dans leur foyer, ce qui alourdit leurs dépenses directes de santé, notamment pour les actes médicaux. Le nombre de membres du ménage atteints de maladies chroniques influence le niveau des dépenses de santé.

Tableau n°20: Nombre de membres du ménage atteints de maladies chroniques

		Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Nombre des membres du ménage atteint de MCV	1	492	15,6	15,6
	2	1227	38,9	54,5
	3	1327	42,07	96,57
	4	84	2,66	99,23
	5	24	0,76	100
	Total	3154	100	

Source : (Meklat, 2025)

42% de ménages comptent 3 membres atteints de maladies chroniques ; suivis de 39% avec 2 membres atteints. Ensemble, 81% des ménages comptent entre 2 et 3 membres atteints de pathologies chroniques. Ce qui augmente la demande de soins et le recours permanent au système de santé. Ces chiffres alarmants montrent l'étendue du problème des

maladies chroniques dans la population de Bejaia, d'une part, et dans notre société en général, d'autre part.

Tableau n°21: DTS selon le nombre de membres du ménage atteints de maladies chroniques

		DTS				Total	%
		]0, 200 000]	]200 000, 400 000]	]800 000, 1 000 000]	+ 1 000 000		
Nombre des membres de la famille malade	1	479	0	2	11	492	15,6
	2	1138	71	18	0	1227	38,9
	3	1303	24	0	0	1327	42,07
	4	72	7	5	0	84	2,66
	5	16	8	0	0	24	0,76
Total		3008	110	25	11	3154	100%
%		95,37	3,49	0,8	0,35	100%	

Source : (Meklat, 2025)

Ce tableau révèle la difficulté des familles nombreuses ayant plusieurs membres malades, à supporter les dépenses directes de soins. De ce fait, on remarque une relation inverse entre le nombre de membres des ménages malades et les dépenses directes de santé induites. Les familles ayant dépensé au-delà de 1 000 000 DA ont uniquement un seul membre atteint d'une pathologie chroniques, soit 0,35 % de l'échantillon. La majeure partie de notre échantillon, soit 42%, sont des ménages avec 3 membres atteints de pathologies chroniques, et ont dépensé moins de 400 000 DA par trimestre.

2.2.3. Le revenu du ménage

La santé n'est pas un bien économique ordinaire, que l'on peut abandonner en cas de faible revenu. Mais en Algérie, les ménages sont contraints de renoncer aux soins pour des raisons financières. Bien que, en terme de proportion, les ménages les plus modestes consacrent une part plus importante de leur revenu aux dépenses de santé, au détriment d'autres dépenses parfois indispensables, comme l'alimentation ; en valeur nominal, cette dotation ne permet pas de couvrir les dépenses de tous les soins. D'ailleurs, selon les résultats de l'enquête de l'ONS sur les dépenses de consommation des ménages, en 2022, le décile des plus pauvres consacrent 7,5% de leur revenu pour les dépenses de santé et hygiène corporelles soit l'équivalent d'une dépense annuelle moyenne de 18 671 millions DA (2,5% des dépenses totales pour la santé et l'hygiène corporelle), contre 6,9% du revenu du décile

des ménages les plus aisés qui représente une dépense annuelle moyenne de 166 675 millions DA (25,4% des dépenses totales pour la santé et l'hygiène corporelle) (ONS, 2024).

Tableau n°22: DTS selon le revenu des ménages

		DTS				Total	%
		]0, 200 000]	]200 000, 400 000]	]400 000, 800 000]	]800 000, + 1000 000]		
Tranches de revenu Trimestriel	Aucun	24	0	0	0	24	0,76
	]0, 20 000]	420	0	0	0	420	13,32
	]20 000, 40 000]	856	8	0	0	864	27,39
	]40 000, 60 000]	701	34	25	11	771	24,44
	]60 000, 80 000]	341	22	0	0	363	11,51
	]80 000, 100 000]	268	0	0	0	268	8,5
	+ 100 000	398	46	0	0	444	14,08
Total	3008	110	25	11	3154	100%	

Source : (Meklat, 2025)

La grande majorité (soit 95 %) des ménages se situent dans les tranches de DTS les plus basses (]0, 200 000]), quel que soit leur niveau de revenu. On observe que les tranches de revenu plus élevées (par exemple, +100 000) comptent davantage de ménages dans les tranches supérieures de DTS (]200 000, 400 000] et plus), mais cela reste marginal en volume absolu. Les ménages à faible revenu (]0, 20 000] et]20 000, 40 000]) sont très majoritairement dans la tranche la plus basse de DTS. On constate une corrélation positive mais limitée. En effet, plus le revenu est élevé, plus la probabilité d'avoir des DTS élevées augmente, mais la majorité des ménages, même aisés, restent dans les tranches basses de DTS. Par conséquent, les dépenses de santé ne sont pas la résultante du revenu, plus qu'elle soit liée à l'état de santé. D'où la vulnérabilité des ménages modestes. Les ménages à faible revenu sont surreprésentés dans les tranches basses de DTS, mais pour eux, même de faibles dépenses peuvent représenter un effort financier important.

Les tranches les plus élevées de DTS concernent une minorité de ménages, souvent ceux confrontés à des besoins de santé spécifiques (affections de longue durée, voire maladies chroniques).

Section 3 : Les dépenses totales de soins de cardiologie des malades (Out of Pocket)

Les maladies cardiovasculaires MCV représentent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en Algérie. Selon les données nationales, elles sont responsables d'environ 30 à 40 % des décès dans le pays. Une part significative des dépenses de santé est consacrée à leur prise en charge, incluant les consultations, les hospitalisations, les médicaments, les interventions chirurgicales (comme les pontages ou les angioplasties), et les examens complémentaires (échographies, électrocardiogrammes, etc.). Ce qui représentent les dépenses directes de soins de cardiologie. En outre, d'autres dépenses viennent s'ajouter à ces dépenses directes, qui sont occasionnées par la maladie sans qu'elles soient orientées vers le système de santé : à savoir la perte de productivité, du malade ou des membres de sa famille chargée de sa prise en charge.

3.1. Les dépenses totales de soins de cardiologie des malades de Bejaia

En dépit d'une prévalence de l'ordre de 11% de la population de Bejaia, les dépenses de soins de cardiologie supportées par le malade constituent une contrainte à l'accès aux soins. Ces dépenses sont destinées à couvrir :

- Les consultations spécialisées.
- Les examens diagnostiques (ECG, échographies cardiaques, coronographie, IRM, etc.).
- Les actes médicaux d'analyses biologiques,
- Les traitements médicamenteux (antihypertenseurs, anticoagulants, statines, etc.),
- Les hospitalisations pour des pathologies aiguës (infarctus, AVC, insuffisance cardiaque),
- Les interventions chirurgicales ou interventions lourdes (pose de stints, pontages coronariens).
- Les frais de déplacements pour recevoir les soins de cardiologie.

D'après notre enquête, les malades atteints de maladie cardiovasculaires se soignant dans la wilaya de Bejaia, ont dépensé en moyenne 49 681,72 DA par trimestre et par malade en 2025.

Tableau n°23: Les DTS de cardiologie par malade et par trimestre à Bejaia.

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide	0	48	1,52	1,52
	]0,200 000]	2764	87,63	89,15
	]200 000, 400 000]	184	5,83	94,98
	]400 000, 600 000]	24	0,76	95,74
	]6 00 000, 1 000 000]	50	1,59	97,33
	+1 000 000	84	2,66	100
	Total	3154	100	

Source : (Meklat, 2025)

La majorité des malades, soit 87,6%, supportent une dépense directe de soins de cardiologie de moins de 200 000 DA par trimestre et près de 6% ont dépensé entre 200 000 et 400 000 DA au dernier trimestre. Tandis que 1,52% ont bénéficié de soins gratuits par l'Etat : ce sont des nouveaux malades directement questionnés après la première constatation de leur maladie ; ou bien ce sont des cas graves comme les malformations congénitales, qui ne peuvent être suivis dans le secteur libéral. Environ 2,7% des malades ont dépensé plus de 1000 000DA durant le dernier trimestre pour se soigner. Cette dépense, renvoie souvent à des programmes de soins hospitaliers dans le secteur libéral. Ces disparités font que l'écart type a atteint 135 820 DA dans notre échantillon.

En outre, d'après nos calculs, la dépense moyenne de soins de cardiologie des malades constitue une part non négligeable, soit plus de 78%, des dépenses directes totales de santé de leur ménage.

3.2. Les dépenses directes de soins de cardiologie

Les dépenses directes de soins en cardiologie englobent les consultations, les examens complémentaires et les hospitalisations elles représentent une part significative des coûts de santé, à la fois pour les patients et pour les systèmes de santé.

3.2.1. Dépenses de consultations médicales de cardiologie (généralistes, spécialistes)

Les consultations médicales en cardiologie, qu'elles soient réalisées par des généralistes ou des spécialistes, varient en termes de coût et de remboursement selon

plusieurs facteurs : le secteur du médecin, le respect du parcours de soins coordonnés, et les éventuels honoraires.

D'après notre enquête, la dépense moyenne de consultation en cardiologie par trimestre en 2025 est de 2292,5 DA avec un écart type de 1393,5 DA et par malade. Les consultations gratuites sont effectuées dans les structures de soins publiques, où les malades chroniques sont dispensés du paiement du ticket modérateur (50 DA la consultation). En outre, beaucoup de malades, notamment ceux atteints d'hypertension artérielle, préfèrent faire le suivi de leur maladie chez les généralistes des EPSP, qui peuvent, en cas de complication, les orienter vers leur cardiologue dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Les dépenses de consultations de cardiologie sont réparties entre les différentes tranches de tarifs. Cette analyse permet de mieux comprendre l'accès aux soins cardiologiques et la charge financière supportée par la population locale.

Tableau n°24: Dépenses directes des ménages pour les consultations médicales en cardiologie à Bejaia.

		Effectif	Pourcentage %
Dépenses de Consultations En cardiologie Par trimestre	0 (secteur public)	240	7,6
	1500,00	15	0,48
	2000,00	1930	61,2
	2500,00	588	18,64
	]2500, 5000]	288	9,13
	]5000, 10 000]	84	2,66
	+ 10 000	9	0,3
	Total	3154	100,0

Source : (Meklat, 2025)

On remarque que plus de 61 % des consultations cardiologiques sont facturées à 2 000 DA, ce qui semble être le tarif standard à Bejaia pour le secteur privé. Toutefois, beaucoup d'autres médecins dépassent ce plafond car nous avons constaté que 18,64 % des malades payent des consultations à 2 500 DA ; 9,13 % des malades ont supportés des dépenses allant de 2 500 à 5 000DA ; et près de 2,66 % des malades ont dû faire face à des consultations

allant de 5 000 à 10 000 DA. Ceci par trimestre et par malade en 2025. Tandis que, 7,6 % seulement des patients ont effectué leurs consultations dans le secteur public gratuit. Seule une minorité (soit 0,3 %) a payé plus de 10 000DA, ce qui correspond à des consultations spécialisées dans des cliniques privées. Enfin, moins de 0,5 % a effectué ses consultations chez des médecins généralistes exerçants à titre libéral.

Par ailleurs, ces chiffres révèlent le poids du secteur privé dans les soins ambulatoires (consultations) de médecine spécialisée. La forte proportion de consultations payantes montre l'importance du secteur privé dans la prise en charge cardiologique à Bejaia malgré la présence d'une offre publique. Toutefois, cette offre est très limitée puisque, d'une part, les médecins cardiologues installés à titre libéral sont plus nombreux, ce qui limite la capacité d'intervention des médecins cardiologues du secteur public (souvent dépassés par les soins hospitaliers) ; d'autres part, bien qu'il existe un programme de consultations en cardiologie (une à deux fois par semaine) dans certains EPSP, les malades ayants déjà fait l'objet d'une hospitalisation sont prioritaires, ce qui rend le rendez-vous médical des malades jugés moins urgents très éloigné dans le temps, ce qui les dissuades au final. La majorité des patients, presque 80%, paient entre 2 000 et 2 500 DA par trimestre, ce qui peut représenter une charge non négligeable pour les ménages à faibles revenus, surtout en l'absence de couverture complémentaire.

La structure des dépenses de consultations médicales en cardiologie à Bejaia montre une prédominance du secteur privé, avec un tarif standard autour de 2 000DA. Le secteur public, malgré sa gratuité, reste minoritaire dans la prise en charge des consultations cardiologiques. Cette situation met en lumière la nécessité d'une réflexion sur l'accessibilité financière aux soins spécialisés pour l'ensemble de la population de Bejaia.

3.2.2. Dépenses des programmes de soins de cardiologie

Les programmes de soins de cardiologie englobent un ensemble d'interventions, à savoir :

- Angioplastie coronarienne : procédure pour ouvrir les artères coronaires rétrécies.
- Implantation de stimulateurs cardiaques : pour réguler le rythme cardiaque.
- Pose de Stents : pour maintenir les artères ouvertes après une angioplastie.

- Et l'examen de coronarographie¹ qui se réalise sous surveillance médicale.

Ces programmes sont assurés par le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bejaia, et pour certains par l'Etablissement Hospitalier Privé Rameau d'Olivier. Le CHU offre des soins cardiologiques complets, y compris des interventions chirurgicales et des traitements avancés. Son service de cardiologie, récemment créé, date de 2018 et s'est enrichi de nouvelles techniques médicales pour améliorer les soins.

La dépense moyenne directe des ménages pour les programmes de soins de cardiologie en 2025 est de 20 752 da, par trimestre et par malade, avec un écart type de 122 882 da. D'où de fortes disparités de tarifs. En effet, hormis les programmes de soins offerts gratuitement par l'Etat, le secteur libéral offre des services médicaux allant de 10 000 DA à plus d'un million de dinars, selon la gravité de la maladie et le degré de couverture de l'assurance maladie.

Tableau n°25: Dépenses directes des ménages pour les programmes de soins en cardiologie

		Effectif	Pourcentage
Dépenses par trimestre	Gratuit (secteur public)	2935	93,47
	[10 000, 100 000[	60	1,9
	[100000, 250 000[	38	1,2
	[250 000, 500 000[	62	1,96
	[500 000, 1 000 000[	34	1,08
	+ 1 000 000	12	0,38
Total		3154	100

Source: (Meklat, 2025)

D'après notre enquête, une proportion écrasante de 93,47 % des malades ont bénéficié des soins gratuits fournis par le secteur public. Cela indique que la majorité des ménages à Bejaia accèdent aux soins cardiologiques sans frais directs, ce qui est un aspect positif du système de santé algérien. La gratuité des soins dans le secteur public est cruciale pour garantir l'accès aux soins cardiologiques, surtout pour les ménages à faible revenu. Cela reflète les efforts du gouvernement algérien pour réduire les inégalités en matière de santé.

¹ Coronarographie est un examen des artères coronaires pour détecter des obstructions.

La majorité des soins gratuits peut contribuer à une meilleure santé publique en permettant un accès précoce aux soins cardiologiques, ce qui est essentiel pour la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires.

Les soins de cardiologie payants coûtent entre 10 000 à plus de 1 000 000 DA, ils représentent une part très faible des dépenses totales, seulement 6,53 %. Cela suggère que les soins cardiologiques dans le secteur privé sont peu fréquents ou que les ménages évitent ces dépenses en raison de leur coût élevé. Toutefois, parmi les dépenses de soins de cardiologie les plus fréquentes, nous retrouvons : les dépenses dans la tranche de 250 000 à 500 000 DA (soit 1,96% des cas) et la tranche de 10 000 à 100 000 DA avec 1,9% des cas. Ces tranches de dépenses sont les plus courantes parmi les dépenses payantes, mais elles ne représentent qu'une petite fraction du total, ce qui indique que les soins les plus coûteux sont moins accessibles ou moins utilisés. Les données manquantes concernent des malades n'ayant pas fait l'objet de programmes de soins de cardiologie. Les données sur les dépenses directes des ménages pour les programmes de soins en cardiologie à Bejaia montrent une forte dépendance au secteur public, avec une majorité de soins gratuits. Cela souligne l'importance de maintenir et de renforcer les services de santé publique pour garantir l'accès aux soins cardiologiques pour tous.

3.2.3. Coût des actes médicaux pour soins de cardiologie

Le coût des actes médicaux pour les soins de cardiologie, y compris les actes de radiologie et les analyses médicales, varie en fonction du type d'examen et du secteur du praticien.

3.2.3.1. Le coût des actes de radiologie pour soins de cardiologie

Les actes de radiologie sont variés avec des tarifs différents en fonction de la complexité de l'examen. Ils peuvent être une simple échographie cardiaque ou des artères, un scanner cardiaque, une IRM cardiaque ou une scintigraphie. Ces examens sont souvent chers et totalement à la charge du malade dans le secteur libéral. Vu que la sécurité sociale continue de les rembourser avec des tarifs dérisoires (100 DA l'examen) cela dissuade les malades à demander ce remboursement. La dépense moyenne pour les actes de radiologie dans notre échantillon est de 8 173 DA en 2025, par examen et par malade, avec un écart type (la moyenne des disparités de paiements par rapport à la moyenne) de 16 915 Da.

Tableau n°266: Dépenses directes des ménages pour les actes de radiologies en cardiologie

		Effectif	Pourcentage
Dépenses par trimestre	0 (secteur public)	1732	54,9
	Moins 2000 da	144	4,6
	]2000, 5 000]	300	9,5
	]5 000, 10 000]	288	9,1
	]10 000, 20 000]	216	6,8
	+ 20 000 Da	462	14,6
Manquant	Système	12	0,4
Total		3154	100,0

Source: (Meklat, 2025)

La majorité des ménages (54,9%) n'ont pas de dépenses directes pour les actes de radiologie, ce qui indique qu'ils ont bénéficié d'actes de radiologie gratuits, offerts par le secteur public. Une proportion significative (14,6%) des ménages dépense plus de 20 000 DA pour ces actes, ce qui reflète des cas nécessitant des examens radiologiques spécialisés, et qui n'ont pas pu accéder aux équipements publics. Les tranches de dépenses montrent que les ménages sont répartis en différentes catégories, avec une concentration notable dans les tranches inférieures (moins de 2000 DA, et entre 2000 et 5000 DA). Ces données soulignent l'importance de l'accès financier aux actes de radiologie à Bejaia, ainsi que les défis financiers que les ménages à faibles revenus peuvent rencontrer. Les dépenses directes pour les actes de radiologie peuvent varier considérablement, et il est crucial de continuer à surveiller ces tendances pour améliorer l'accès et la qualité des soins de cardiologie.

3.2.3.2. Les dépenses directes des ménages pour les analyses médicales prescrites lors des soins de cardiologie

Les dépenses directes des ménages pour les analyses médicales prescrites dans le cadre des soins de cardiologie peuvent varier considérablement en fonction des types d'examen effectués. Les malades (les ménages) font face à des dépenses directes significatives, surtout que les analyses médicales ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, alors que la

majorité les ont effectuées dans le secteur libéral. La moyenne des dépenses directes d'analyses médicale est de 5 100 DA, avec un écart type de 5 700 DA

Tableau n°277: Dépenses directes des ménages pour les analyses médicales prescrites en cardiologie

		Effectif	Pourcentage
Dépenses par trimestre	0 (secteur public)	373	11,8
	Moins 2000 da	468	14,8
	]2000, 5 000]	1359	43,1
	]5 000, 10 000]	708	22,4
	]10 000, 20 000]	209	6,6
	+ 20 000 Da	37	1,2
	Total	3154	100,0

Source: (Meklat, 2025)

D'après les résultats, une part significative des ménages (43,1%) dépense entre 2000 et 5000 DA pour les analyses médicales prescrites en cardiologie, ce qui indique que beaucoup de patients font face à des coûts modérés. Seule une petite fraction (1,2%) des ménages dépense plus de 20 000 DA, ce qui fait référence à des cas nécessitant des soins plus complexes ou des examens spécialisés.

En outre, 11,8% des malades ont bénéficié d'analyses médicales offertes par le secteur public, contre plus de 88% qui réalisent leurs analyses médicales de suivi de leur maladie chez le secteur libéral à leur charge. Ce qui suggère un accès financier limité aux soins cardiologiques, du fait de la contrainte des analyses médicales que de nombreux patients doivent tout de même faire face à des frais directs. Ces données soulignent l'importance de l'accès aux analyses médicales pour un meilleur suivi des soins de santé en cardiologie et les défis financiers que rencontrent certains ménages. Une couverture adéquate par l'assurance maladie et des mutuelles de santé peuvent aider à atténuer le fardeau financier des analyses médicales pour soins cardiologiques.

3.2.4. Dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux pour soins de cardiologie

Les coûts des traitements médicamenteux pour les soins de cardiologie peuvent varier considérablement en fonction des médicaments prescrits, des conditions de santé spécifiques et des politiques de remboursement en vigueur. Les dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux en cardiologie en Algérie sont un sujet de préoccupation croissante. Surtout qu'une part significative des dépenses de santé est consacrée aux médicaments, représentant environ 54% des dépenses totales de santé par la CNAS (KEDDAD, 2018).

Les coûts des traitements médicamenteux pour les maladies cardiovasculaires peuvent varier. Par exemple, le coût moyen des prescriptions pour les patients de plus de 40 ans est estimé à environ 7 171,49 dinars algériens par ordonnance (Keddad A, Gacem, & Kaddar, 2017). Les ménages à faible revenu peuvent faire face à des difficultés financières importantes en raison des coûts des traitements (ZEHNATI, 2023).

Bien que le système de santé algérien offre une certaine couverture pour les médicaments, les patients doivent souvent faire face à des restes à charge importants, surtout pour les traitements spécialisés en cardiologie. Cela peut entraîner des dépenses catastrophiques pour certains ménages (Abbou & Brahamia, 2017). A ce sujet, des médicaments indispensables pour le traitement et le suivi des MCV, ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale (vignette rouge). Ces médicaments sont des anticoagulants oraux directs (AOD) utilisés pour prévenir et traiter les caillots sanguins, tels que le Rivaroxaban 20 mg (6663,62 Da) et l'Apixaban 5mg (6 010,4 Da) qui ne sont pas inclus dans le système de remboursement actuel, obligeant les patients à en assumer le coût.

Tableau n°288: Dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux pour soins de cardiologie

		Effectif	Pourcentage
Dépenses par trimestre	0 (sécurité sociale)	660	20,9
	Moins 2000 da	1262	40,0
	]2000, 5 000]	468	14,8
	]5 000, 10 000]	147	4,7
	]10 000, 20 000]	375	11,9
	+ 20 000 Da	242	7,7
	Total	3154	100,0

Source: (Meklat, 2025)

Une proportion significative des ménages (40,0%) dépense moins de 2000 DA par trimestre pour les traitements médicamenteux, ce qui indique que beaucoup de patients peuvent avoir accès à des médicaments à faible coût ou bénéficier de la couverture de la sécurité sociale. Alors qu'environ 7,7% des ménages dépensent plus de 20 000 DA, ce qui peut représenter un fardeau financier important pour les ménages à faible revenu. D'ailleurs, la dépense moyenne directe des ménages sur les traitements médicamenteux est de 8 024 Da en 2025, d'après nos résultats avec un écart type de plus de 38 000 Da. Toutefois, 20,9% des ménages ne dépensent rien pour accéder aux traitements médicaux, grâce à la sécurité sociale souligne l'importance de ce système dans l'accès financier aux soins de santé.

Les dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux en cardiologie montrent une grande variabilité, avec une majorité de ménages dépensant des montants relativement faibles. Cependant, près de 20% des malades dépensent plus de 10 000 Da par trimestre pour les traitements médicaux en cardiologie par malade, ce qui souligne la nécessité d'améliorer l'accès aux médicaments, et de revoir la liste des médicaments remboursés afin d'alléger le fardeau financier reposant sur les ménages.

Les dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux en cardiologie en Algérie sont significatives et peuvent représenter un fardeau financier important, en particulier pour les ménages à faible revenu. Il est crucial d'améliorer l'accès aux soins et de renforcer les systèmes de remboursement pour alléger ce fardeau et garantir que tous les

patients puissent recevoir les traitements nécessaires sans subir de difficultés financières excessives.

3.2.5. Dépenses directes des ménages, liés aux déplacements pour soins en cardiologie

Vu que le CHU, les centres d'imagerie et les médecins spécialistes se concentrent dans les chefs-lieux des agglomérations (Bejaia ville, Sidi-Aich, El-Kseur, Aoukas et Akbou), les malades doivent souvent se déplacer vers eux, ce qui entraîne des coûts de transport élevés.

Pour les patients devant recevoir des soins complexes ou des programmes de soins de cardiologie, des frais d'hébergement peuvent être nécessaires. Les patients atteints de maladies cardiovasculaires nécessitent souvent des consultations régulières, des examens de suivi et des traitements, ce qui augmente la fréquence des déplacements et, par conséquent, les dépenses totales.

Ces dépenses peuvent représenter une part significative du budget des ménages, en particulier pour ceux ayant un faible revenu. Cela peut créer des obstacles à l'accès aux soins, car certaines familles peuvent être contraintes de renoncer aux soins en raison des coûts associés.

Le tableau suivant illustre les dépenses de déplacements par tranches de coût. Certains malades ont répondu à cette question par «0 », vu s'ils utilisent les moyens de transport de leurs proches.

Tableau n°29: Dépenses directes des ménages pour les déplacements pour recevoir les soins de cardiologie (trimestre)

		Effectif	Pourcentage
Dépenses directes des ménages par trimestre	0	229	7,3
	Moins 2000 da	2328	73,8
	]2000, 5 000]	441	14,0
	]5 000, 10 000]	96	3,0
	]10 000, 20 000]	24	,8
	+ 20 000 Da	36	1,1
	Total	3154	100,0

Source: (Meklat, 2025)

La dépense moyenne directe en déplacements pour recevoir des soins de cardiologie a atteint 2 119 Da par trimestre et par malade en 2025, avec un écart type de 5 810 Da. Une majorité écrasante des ménages (73,8%) dépense moins de 2000 Da pour les déplacements liés aux soins de cardiologie. Cela peut indiquer que beaucoup de patients ont accès à des soins à proximité et/ou bénéficient de moyens de transport personnels ; alors qu'environ 14,0% dépensent entre 2000 et 5000 Da car ce sont des malades se trouvant dans des régions éloignées des structures des soins et/ou utilisant des moyens de transport public ou des taxis. En effet, vu leur état de santé, la majorité des malades ne peuvent pas prendre les transports en commun abordables (train, bus, etc.), et font appel au transport individuel relativement plus cher. Enfin, une petite fraction (3,0%) dépense entre 5000 et 10 000 Da.

Ces chiffres s'expliquent par le fait que certains patients ont besoin de se déplacer sur de longues distances ou a une fréquence élevée pour accéder à des soins spécialisés, ce qui entraîne des coûts supplémentaires. Seule une minorité (1,1%) des ménages dépense plus de 20 000 Da, ce qui représente des cas exceptionnels où des soins spécialisés nécessitent des déplacements pour de longues périodes nécessitant de supporter des frais d'hébergement pour les membres de la famille accompagnant le malade.

Les données sur les dépenses directes des ménages pour les déplacements pour recevoir des soins de cardiologie montrent que la majorité des patients supportent des coûts relativement faibles. Cependant, un quart de ménages doit faire face à des dépenses supérieures à 2000 Da par malade et par trimestre, ce qui souligne l'importance d'améliorer l'accessibilité des soins cardiologiques et de réduire les barrières financières pour les patients, notamment ceux vivant dans des zones éloignées (rurales) des centres de soins.

En résumé, les dépenses directes des ménages liées aux déplacements pour accéder aux soins de cardiologie, constituent un fardeau financier important, soulignant la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux soins et de mettre en place des solutions de transport adaptées pour alléger ce fardeau ou de développer les soins de santé à domicile, notamment pour les populations vulnérables (personnes âgées souffrant de maladies chroniques).

Les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie à Bejaia sont alarmantes, et montrent une situation critique en termes d'accessibilité financière. Beaucoup de défis restent à relever pour garantir que tous les patients puissent bénéficier de soins adéquats sans subir de fardeaux financiers excessifs. En dépit de fortes dépenses directes,

d'autres dépenses indirectes, causées par les soins de cardiologie, rendent l'accessibilité financière à ces soins plus controversée.

3.3. Dépenses indirectes des ménages de soins de cardiologie

Les dépenses indirectes des ménages pour l'accès aux soins de cardiologie à Bejaia englobent plusieurs aspects qui peuvent influencer la capacité des patients à recevoir des soins adéquats. Il s'agit principalement de l'absentéisme au travail du malade ou des membres de sa famille et la perte de revenu occasionnée.

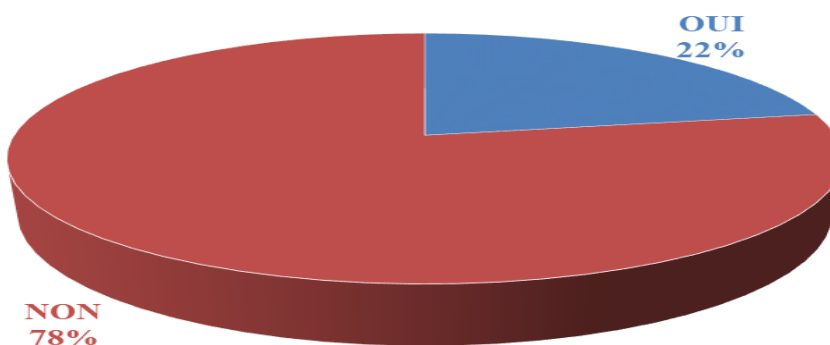
3.3.1. L'absentéisme au travail causé par la MCV

Les maladies cardiovasculaires ont un impact significatif sur l'absentéisme au travail, entraînant des coûts élevés et pour les employeurs et pour les employés malades. Par ailleurs, même dans le cas de malades inactifs, ces derniers sont souvent accompagnés, soit à cause de leur état de santé, soit pour des considérations sociales et traditionnelles par leurs proches pour qu'ils reçoivent des soins. Dans beaucoup de cas cet accompagnement est synonyme d'absentéisme au travail. Il est donc crucial d'adopter des stratégies de prévention et de gestion des risques pour améliorer la santé des travailleurs et réduire les absences liées.

3.3.1.1. Absentéisme du malade actif pour recevoir les soins de cardiologie

Les travailleurs malades présentant des risques, modérés à élevés, de maladies cardiovasculaires montrent des taux d'absentéisme plus élevés. Une étude (Kimura & all, 2020) a révélé que les employés à risque de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral (AVC) avaient une incidence significativement plus élevée d'absentéisme par rapport à ceux à faible risque.

Figure n°42 : Absentéisme des malades atteint de MCV pour recevoir les soins de cardiologie



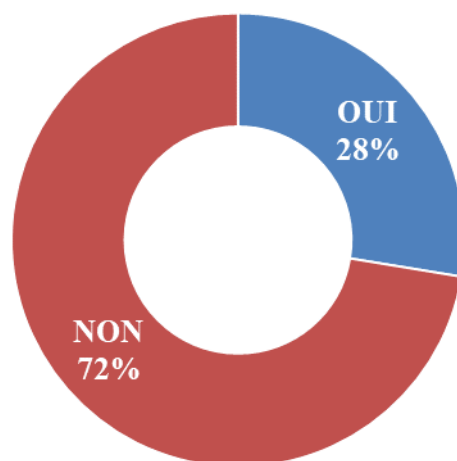
Source: (Meklat, 2025)

D'après les résultats de notre enquête, 22% des malades se sont absents pour recevoir leurs soins, sur les 26,6% malades actifs de notre échantillon. En plus de l'absentéisme, les MCV peuvent également affecter la productivité des employés présents au travail (présentéisme). Les employés souffrants de maladies chroniques peuvent être moins performants, ce qui peut également avoir un impact économique sur les entreprises.

3.3.1.2. Absentéisme des membres de la famille du malade atteint de MCV

L'absentéisme des membres des familles de patients atteints de maladies cardiovasculaires (MCV) pour recevoir des soins de cardiologie est un sujet important qui mérite d'être examiné sous plusieurs angles. Les membres de la famille peuvent s'absenter du travail pour accompagner un proche souffrant de MCV, à des consultations médicales, des examens radiologiques, des prélèvements pour analyses médicales ou pour subir des programmes de soins. Cela peut inclure des visites à l'hôpital, des séances de réhabilitation cardiaque ou des suivis réguliers avec des cardiologues. Des études montrent que l'absentéisme lié aux MCV peut être prolongé. Par exemple, dans certains cas la durée d'absence peut atteindre plusieurs mois, ce qui affecte non seulement le patient mais aussi les membres de sa famille qui doivent s'occuper de lui (Van Dongen, Winter, Aben, & al., 2025).

Figure n°43 : Absentéisme des membres des familles des malades atteints de MCV pour recevoir les soins de cardiologie



Source: (Meklat, 2025)

Sur un total de 3154 cas, 870 membres des familles des malades ont été absents pour accompagner un proche, tandis que 2284 ne l'ont pas été. Cela suggère que l'absentéisme familial pour des raisons de soins de cardiologie est relativement faible par rapport au nombre total de cas. Tout de même, les membres de la famille qui s'absentent pour s'occuper d'un proche, peuvent ressentir du stress et de l'anxiété en raison de la crainte de perdre leur emploi, surtout s'il s'agit du seul soutien familial, d'une part, et de la nécessité de soutenir leur proche (parent, enfant, fratrie, etc.) dans une situation d'invalidité causée par la MCV.

3.3.2. Impact financier dû à l'absentéisme pour MCV

Les patients peuvent subir une perte de revenus en raison de leur absence au travail pour des consultations médicales ou des traitements. Cela peut avoir un impact significatif sur les ménages, surtout si le patient est le principal soutien financier. En outre, l'absentéisme des proches peut entraîner des pertes de revenus pour les familles, surtout aussi, si le membre qui s'absente est le principal soutien financier. Les coûts indirects associés à l'absentéisme, tels que la perte de productivité et les frais de transport, peuvent également s'accumuler, augmentant le fardeau financier des familles. La perte de revenu moyenne est de 3200 Da par malade et par trimestre, avec un écart type de 7 800 Da.

Tableau n°30: Les pertes de revenu dues à l'absentéisme (malade et membres de sa famille)

		Effectif	Pourcentage
Perte de revenu par trimestre	0	1912	60,2
	Moins 2000 da	168	5,3
	]2000, 5 000]	493	15,6
	]5 000, 10 000]	387	12,3
	]10 000, 20 000]	134	4,2
	+ 20 000 Da	60	1,9
Total		3154	100

Source: (Meklat, 2025)

L'analyse des pertes de revenu dues à l'absentéisme, tant pour les patients que pour les membres de leur famille, révèle des données significatives sur l'impact économique de cette situation. En effet, une majorité significative (60,2%) des répondants n'a pas subi de perte

de revenu, ce qui renvoie aux malades inactifs, accompagnés par des membres de leurs familles inactives aussi ; d'où beaucoup de familles ont pu gérer l'accompagnement du malade sans absentéisme et sans impact financier direct. Par ailleurs, un petit pourcentage (5,3%) a signalé des pertes de moins de 2000 Da, tandis que 15,6% ont perdu entre 2000 et 5000 Da. Cela montre que, bien que la majorité n'ait pas subi de pertes, une proportion notable a ressenti un impact économique. Dans ce sens, les pertes les plus significatives (au-delà de 5000 DA par trimestre et par malade) touchent environ 18,4% des répondants, ce qui souligne que pour une partie des familles, l'absentéisme peut entraîner des difficultés financières notables, lorsque la durée des soins se prolonge.

Les données montrent que, bien que la majorité des familles n'ait pas subi de pertes de revenu dues à l'absentéisme, une proportion non négligeable a ressenti un impact économique, en particulier parmi ceux qui ont des pertes plus élevées. Cela souligne l'importance de politiques de soutien pour les familles touchées par des maladies cardiovasculaires, afin de minimiser les conséquences économiques de l'absentéisme.

3.4. Les facteurs influençant le coût des soins de cardiologie

Le coût des soins de cardiologie à Bejaia est influencé par plusieurs facteurs qui peuvent être regroupés en différentes catégories.

3.4.1. Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques jouent un rôle crucial concernant le coût des soins de cardiologie à Bejaia. On retrouve le niveau du revenu, d'instruction et le nombre de personnes à charge.

3.4.1.1. Niveau de revenu des ménages.

Les ménages à faible revenu peuvent avoir des difficultés à accéder aux soins de cardiologie en raison des coûts élevés des consultations, des actes médicaux (radiologie et analyses médicales) et des médicaments. Cela peut les amener à retarder ou à éviter les soins, aggravant ainsi leur état de santé et entraînant des coûts plus élevés à long terme. L'analyse des dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie à Bejaia, selon leur niveau de revenu, révèle des informations importantes sur l'accessibilité aux soins selon leurs coûts.

D'après nos résultats, une faible proportion de ménages (48 malades) n'a engagé aucune dépense pour les soins de cardiologie grâce aux soins gratuits dans le secteur public. De plus, dans la majorité des cas, il s'agit de malades nouvellement diagnostiqués après un

malaise cardiaque d’urgence, n’ayant pas encore commencé le suivi de leur maladie en soins ambulatoires, souvent dans le secteur libéral.

Les dépenses directes de soins de cardiologie inférieures à 200 000 Da, sont les plus enregistrées (plus de 87% des cas) avec plus de la moitié percevant un revenu moyen trimestriel, inférieur au SNMG, compris entre 20 000 da et 60 000 da par ménage.

En outre, sur 63,4 % des malades qui ont dépensé plus de 800 000 da par trimestre et pour les soins de cardiologie, appartiennent aux tranches de revenus trimestriels inférieures ou égales au SNMG! D’où un réel fardeau financier pour ces malades.

Tableau n°31: Dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie selon leur niveau de revenu

		Tranche de dépenses DTSC						Total
		0	]0,200 000]	]200 000, 400 000]	]400 000, 600 000]	]800 000, 1 000 000]	+ 1 000 000	
Tranches de revenu Trimestriel	Aucun	2	12	10	0	0	0	24
	]0, 20 000]	1	396	11	1	3	8	420
	]20 000, 40 000]	9	780	75	0	0	0	864
	]40 000, 60 000]	36	636	25	0	26	48	771
	]60 000, 80 000]	0	303	23	23	10	4	363
	]80 000, 100 000]	0	241	27	0	0	0	268
	+ 100 000	0	396	13	0	11	24	444
Total	48	2764	184	24	50	84	3154	

Source: (Meklat, 2025)

Les dépenses en soins de cardiologie ne sont pas fonction du revenu, mais plutôt de l'état de santé du malade qui, en dépit de ses ressources financières limitées, engage des dépenses de soins qui vont l'appauvrir davantage.

Les ménages recevant un revenu trimestriel supérieur à 60 000 Da (le SNMG d'un trimestre) représentent un tiers de notre échantillon, dont 87,4% ont dépensé moins de 200 000 Da par trimestre en soins de cardiologie, seulement 2,3% d'entre eux ont dépensé plus de 800 000 Da pour les soins de cardiologie par trimestre. D'où un problème d'inégalité sociale face à l'accès aux soins de cardiologie dans la wilaya de Bejaia.

Les données indiquent que les dépenses directes pour les soins de cardiologie à Bejaia varient considérablement selon le niveau de revenu des ménages. Les ménages à revenu faible semblent faire face à des dépenses plus élevées proportionnellement, ce qui souligne l'importance d'une couverture de santé adéquate pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Des politiques de santé publique pourraient être nécessaires pour soutenir les ménages à faible revenu dans l'accès aux soins cardiologiques.

3.4.1.2. Niveau d'instruction et sensibilisation à la prévention.

Le niveau d'éducation des patients et leur sensibilisation aux maladies cardiovasculaires affectent leurs comportements et leur capacité à rechercher des soins précoces. Une meilleure éducation sanitaire peut conduire à une détection précoce des problèmes de santé, réduisant ainsi les coûts globaux des soins.

Le niveau d'instruction associé aux conditions socio-économiques telles que le logement, l'accès à une alimentation saine et à des installations sportives, peuvent influencer les comportements de santé. Un environnement défavorable peut augmenter les risques de maladies cardiovasculaires, entraînant une demande accrue de soins. La connaissance des facteurs de risque et des symptômes des maladies cardiovasculaires peut améliorer la prévention des facteurs aggravant et l'adoption d'une hygiène de vie; ce qui peut réduire les coûts à long terme.

Tableau n°32 : Dépenses de soins de cardiologie selon le niveau d'instruction

		tranche de dépenses de soin de cardiologie						Total
		0	]0,200 000]	]200 000, 400 000]	]400 000, 600 000]	]800 000, 1 000 000]	+ 1 000 000	
Niveau d'étude	Primaire	12	456	36	12	0	0	516
	Secondaire	36	927	97	0	38	36	1134
	Universitaire	0	349	15	12	0	0	376
	Sans niveau	0	1032	36	0	12	48	1128
Total		48	2764	184	24	50	84	3154

Source: (Meklat, 2025)

Le total des dépenses de soins de cardiologie est le plus élevé pour les personnes sans niveau d'instruction ; suivi par celles des malades ayant un niveau secondaire. Cela indique qu'un niveau d'instruction plus faible, entraîne des besoins de soins plus importants et des dépenses de santé plus élevés.

Ces données soulignent l'importance de l'instruction dans l'accès aux soins de santé. Les programmes d'éducation sanitaire pourraient être bénéfiques pour améliorer la gestion des soins de santé et réduire les coûts associés aux maladies cardiovasculaires, en particulier pour les groupes les plus vulnérables

3.4.1.3. Nombre de personnes à charge dans le ménage.

La relation entre la taille du ménage et les dépenses de soins de cardiologie pour un membre atteint de maladies cardiovasculaires (MCV) est un sujet complexe qui peut être influencé par plusieurs facteurs socio-économiques et comportementaux.

Dans les ménages les plus grands, les ressources financières peuvent être partagées entre plusieurs membres, ce qui peut limiter la capacité de chaque individu à accéder à des soins de santé coûteux. Cela peut entraîner des dépenses de soins de cardiologie plus faibles par membre, car les priorités budgétaires peuvent être réparties sur plusieurs besoins.

Tableau n°33: Dépenses en soins de cardiologie selon le nombre de personnes à charge dans le ménage

		tranche de dépenses DTSC						Total
		0	]0,200 000]	]200 000, 400 000]	]400 000, 600 000]	]800 000, 1 000 000]	+ 1 000 000	
Nombre de personnes à charge	2	33	1011	36	4	34	0	1 118
	3	0	1261	88	8	14	73	1 444
	4	12	460	47	12	2	11	544
	5	3	32	13	0	0	0	48
Total		48	2764	184	24	50	84	3 154

Source: (Meklat, 2025)

Dans les ménages avec plusieurs membres, il peut y avoir une tendance à prioriser les soins pour les membres les plus jeunes ou ceux qui génèrent des revenus, ce qui peut affecter l'accès aux soins pour les membres plus âgés ou ceux atteints de MCV. Inversement, les ménages plus grands peuvent offrir un meilleur soutien émotionnel et pratique aux membres atteints de MCV, ce qui peut influencer leur capacité à rechercher et à suivre des soins médicaux. Cependant, cela dépend aussi de la dynamique familiale et des rôles au sein du ménage.

L'analyse des dépenses en soins de cardiologie selon le nombre de personnes à charge dans le ménage à Bejaia fournit des informations précieuses sur la répartition des coûts. Un nombre limité de ménages (48 ménages) n'a engagé aucune dépense pour les soins de cardiologie, ce qui indique leur accès aux soins gratuits offerts par le secteur public.

Par contre, nous constatons des dépenses élevées pour les ménages avec 3 personnes à charge. Ces dépenses sont significatives, notamment dans la tranche en dépenses de soins de cardiologie, comprise entre 0 et 200 000 Da, avec 1261 ménages (45,6% de malades de cette tranche de dépense) ayant engagé ces dépenses. Cela plus des 87% des malades de la tranche de dépenses de plus de 1 000 000 Da.

Les ménages avec 2 personnes à charge ont également des dépenses notables, surtout dans la tranche de]0, 200 000], avec 36% des malades, ce qui indique un besoin de soins cardiologiques dans cette catégorie. Les ménages avec 4 et 5 personnes à charge ne représentent que 18,7 % de notre échantillon, et se concentrent (96% d'entre eux) surtout dans les tranches de dépenses inférieures à 400 000 Da par malade et par trimestre. Bien que les dépenses soient moins élevées pour ces ménages, elles restent significatives, surtout pour ceux avec 4 personnes à charge, qui ont engagé des coûts dans plusieurs tranches.

Les données montrent que les dépenses de soins de cardiologie à Bejaia développent une relation inverse avec la taille du ménage. En effet, les malades appartenant à des ménages ayant davantage de personnes à charge semblent dépenser moins pour leurs soins de cardiologie que les malades ayant moins de personnes à charge dans leurs ménages. Ce qui souligne l'importance d'une couverture de santé adéquate pour réduire les inégalités d'accès aux soins. Des politiques de santé publique pourraient être nécessaires pour soutenir les familles nombreuses, afin d'assurer un accès équitable aux soins.

3.4.2. Facteurs liés à la maladie

Les dépenses de soins de cardiologie sont influencées par plusieurs facteurs liés à la nature des maladies cardiovasculaires (MCV).

3.4.2.1. Les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie en fonction du type de la MCV

Les dépenses en soins de cardiologie sont généralement plus élevées lors des phases aiguës des maladies cardiovasculaires, par rapport aux phases chroniques. Cela souligne l'importance de la gestion précoce et efficace des MCV pour réduire les coûts à long terme.

Les dépenses varient considérablement selon le type de MCV. À titre d'exemple, d'après le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale en France en 2022 (Direction de la CNAS, 2025), le syndrome coronarien aigu a un coût moyen de prise en charge d'environ 10 437 € par patient, tandis que l'insuffisance cardiaque aiguë coûte environ 8 338 €. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) peuvent également engendrer des coûts élevés, atteignant jusqu'à 14 628 € pour les phases aiguës.

Tableau n°34: La répartition des malades de notre échantillon selon le type de la MCV

		Effectif	Pourcentage
Type de la MCV	IDM	904	28,7
	valvulopathies	542	17,2
	Insuffisance cardiaque	723	22,9
	malformations congénitale	96	3,0
	HTA	637	20,2
	AVC	216	6,8
	autres	36	1,1
	Total	3154	100,0

Source: (Meklat, 2025)

L'infarctus du myocarde représente la plus grande part des cas, avec 28,7%. Cela souligne la prévalence élevée des maladies coronariennes dans la population. Suivi par l'insuffisance cardiaque, avec 22,9% des cas, cette affection est également très courante, indiquant un besoin important de gestion et de traitement. L'hypertension Artérielle (HTA) vient en troisième position avec 20,2% des cas, c'est un facteur de risque majeur pour d'autres MCV, ce qui en fait une priorité pour la prévention.

S'agissant des valvulopathies, bien que moins fréquentes que les IDM et l'insuffisance cardiaque, elles représentent une part significative (17,2%) des maladies cardiovasculaires enregistrées dans la population de Bejaia. En outre, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont signalés chez 6,8% des malades. Ils sont une cause importante de morbidité et de mortalité, à cause de leurs complications neurologiques et/ou hémorragiques graves, nécessitant une attention continue.

Les malformations congénitales ont été signalées chez seulement 3,0% des malades. Elles nécessitent des soins lourds et longs avec une série d'interventions chirurgicales, soulignent l'importance des soins pédiatriques et des interventions précoces. Une petite proportion (1,1%), inclut des pathologies variées qui peuvent également nécessiter des soins spécialisés (myocardite, arythmie, etc.).

Tableau n°35: Dépenses directes des ménages en soins de cardiologie selon la nature de MCV (par trimestre)

Nature de la MCV		Les tranches de dépenses DTSC (en Da)					Total	
		0]0, 200 000]]200 000, 400 000]]400 000, 600 000]]600 000, 1 000 000]		1+ 1 000 000
		IDM	25	756	88	0		11	24	904
Valvulopathies	0	405	48	14	39	36	542	
Insuffisance cardiaque	11	678	24	10	0	0	723	
Malformations congénitales	0	72	0	0	0	24	96	
HTA	12	625	0	0	0	0	637	
AVC	0	201	15	0	0	0	216	
Autres	0	27	9	0	0	0	36	
Total	48	2764	184	24	50	84	3118	

Source: (Meklat, 2025)

- **Les dépenses directes des malades pour les soins d’IDM :** Les dépenses directes des ménages en soins de cardiologie sont significatives dans la tranche entre 0 à 200 000, avec 83,6 % des malades atteints d’IDM. Suivis de près par 10% des malades ayant dépensés entre 200 000 et 400 000 da par trimestre. Près de 4% d’autres malades ont dépensé plus de 800 000 Da par trimestre en 2025, indiquant une prévalence élevée des soins liés à l’infarctus du myocarde. En outre, 25 malades ont été pris en charge entièrement dans le secteur public, sans contribution financière personnelle. D’où une meilleure accessibilité financière aux soins d’IDM, si le secteur public est renforcé.
- **Les dépenses directes des malades pour les soins des valvulopathies :** Bien que les dépenses soient moins élevées que pour l’IDM, elles montrent une certaine répartition dans les tranches de dépenses élevées. En effet, 13,8% des malades atteints ont dépensés plus de 800 000 Da par malade et par trimestre ; 75% ont dépensé moins de 200 000 da par trimestre et par malade ; et 11,4% entre 200 000 et 600 000 da, par trimestre et par malade. Il y a lieu de signaler que cette maladie ne peut être prise en

charge entièrement par le secteur public et le malade doit engager des dépenses directes pour des actes médicaux et des traitements dans le secteur libéral.

- **Les dépenses directes des malades pour les soins de l'insuffisance cardiaque** : les dépenses sont concentrées dans les tranches inférieures à 600 000 Da par malade et par trimestre. Sur un total de 723 malades, 93,8% ont dépensé moins de 200 000 da ; 3,3% entre 200 000 et 400 000 Da par trimestre et par malade ; 1,4% ont dépensé entre 400 000 et 600 000 Da ; alors que 1,5% a été pris en charge entièrement par le secteur public.
- **Les dépenses directes des malades pour les soins de malformations congénitales cardiaques** : Les dépenses directes de ces malades sont très partagées selon la gravité de la maladie. Sur les 96 malades questionnés, 75% ont dépensé moins de 200 000Da par malade et par trimestre, alors que les 25% restants ont dépensé plus de 1 000 000Da !!
- **Les dépenses directes des malades pour les soins d'HTA** : Elles sont concentrées dans les tranches inférieures. Sur les 637 malades recensés, 625 ont dépensé moins de 200 000Da par malade et par trimestre, alors que les 12 restant ont bénéficié de soins publics gratuits, ce qui est cohérent avec la nature chronique et aiguë de cette maladie.
- **Les dépenses directes des malades pour les soins des AVC** : il y a lieu de préciser que les AVC sont mortels, notamment ceux hémorragiques. Leur prise en charge a Bejaia se fait exclusivement par le CHU. Tout de même, certaines dépenses liées notamment aux actes médicaux (radios et analyses) sont réalisées dans le secteur libéral. Sur les 216 malades interrogés, 93,06 % ont dépensé moins de 200 000 da par malade et par trimestre, contre 6,94% qui ont dépensé entre 200 000 da et 400 000 da par malade et par trimestre.
- **Les dépenses directes des malades pour les autres soins de cardiologie** : Ce sont les dépenses liées aux maladies moins fréquentes, voire moins coûteuses, où la majorité des 36 cas enregistrés a dépensé moins de 200 000 Da.

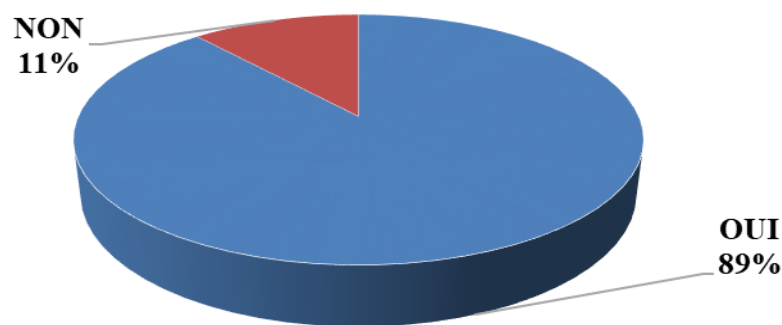
Ces résultats mettent en lumière les dépenses directes des ménages en soins de cardiologie selon la nature des maladies cardiovasculaires. Les données suggèrent que certaines pathologies, comme l'IDM, l'insuffisance cardiaque et les valvulopathies, entraînent des coûts plus élevés, tandis que d'autres, comme les malformations congénitales et les AVC nécessitent des dépenses relativement faibles. Cela peut refléter des différences

dans la prévalence, la gravité des affections, ou l'efficacité des soins (les soins chroniques ou aigus).

3.4.2.2. L'impact de la présence de comorbidité chronique chez les malades cardiaques sur les dépenses directes des ménages

L'impact de la présence de comorbidités chroniques chez les patients sur les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie à Bejaia, est un sujet complexe qui mérite une attention particulière. Les comorbidités, telles que l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète sont fréquemment observées chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires (MCV). Ces conditions peuvent aggraver la situation clinique des patients et augmenter les coûts associés à leur prise en charge. Par exemple, les patients souffrant de maladies chroniques présentent souvent des dépenses de santé plus élevées en raison de la nécessité de traitements multiples et de suivis réguliers (Findibe & al, 2014).

Figure n°44 : La comorbidité chronique chez le malade

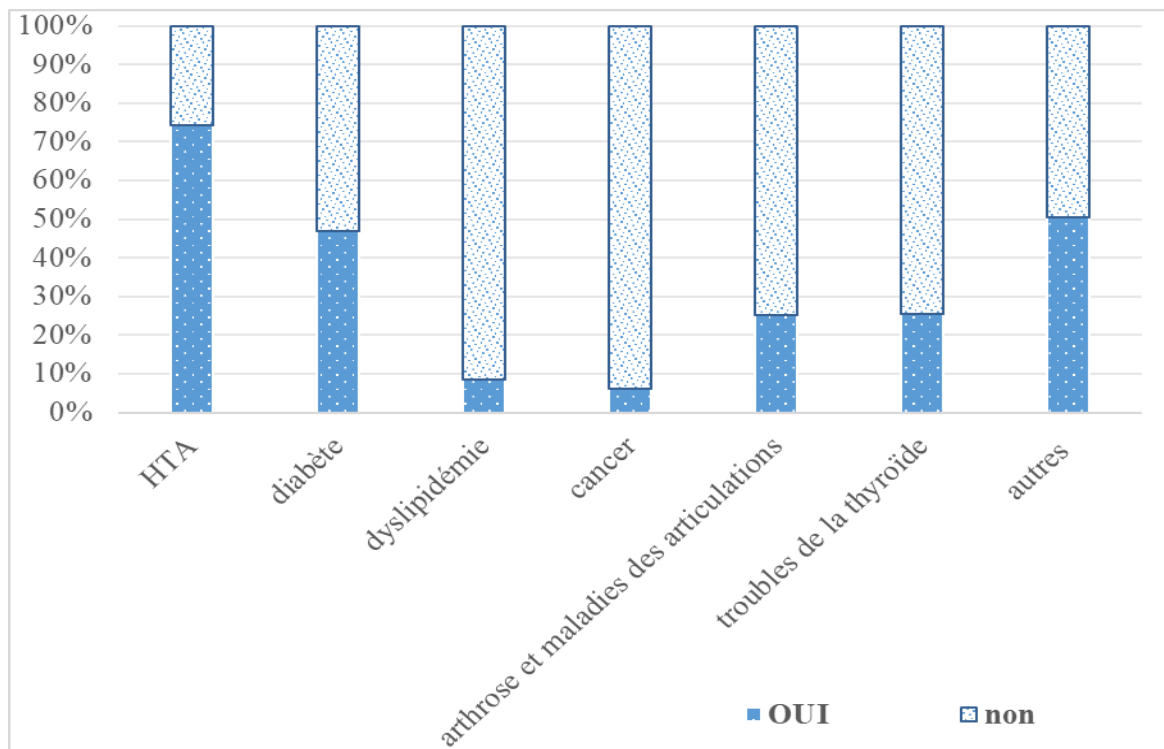


Source: (Meklat, 2025)

D'après notre enquête, 89% des malades atteints de MCV présentent une comorbidité chronique.

La figure illustre la prévalence des principales maladies chroniques qui coexistent avec les maladies cardiovasculaires (MCV) à Bejaia. Les données montrent que la majorité des patients atteints de MCV souffrent également d'autres affections chroniques, ce qui complique leur prise en charge et augmente les dépenses de santé.

Figure n°45 : Les principales maladies chroniques en comorbidité avec la MCV



Source: (Meklat, 2025)

Les maladies chroniques les plus fréquemment observées en comorbidité avec les MCV sont:

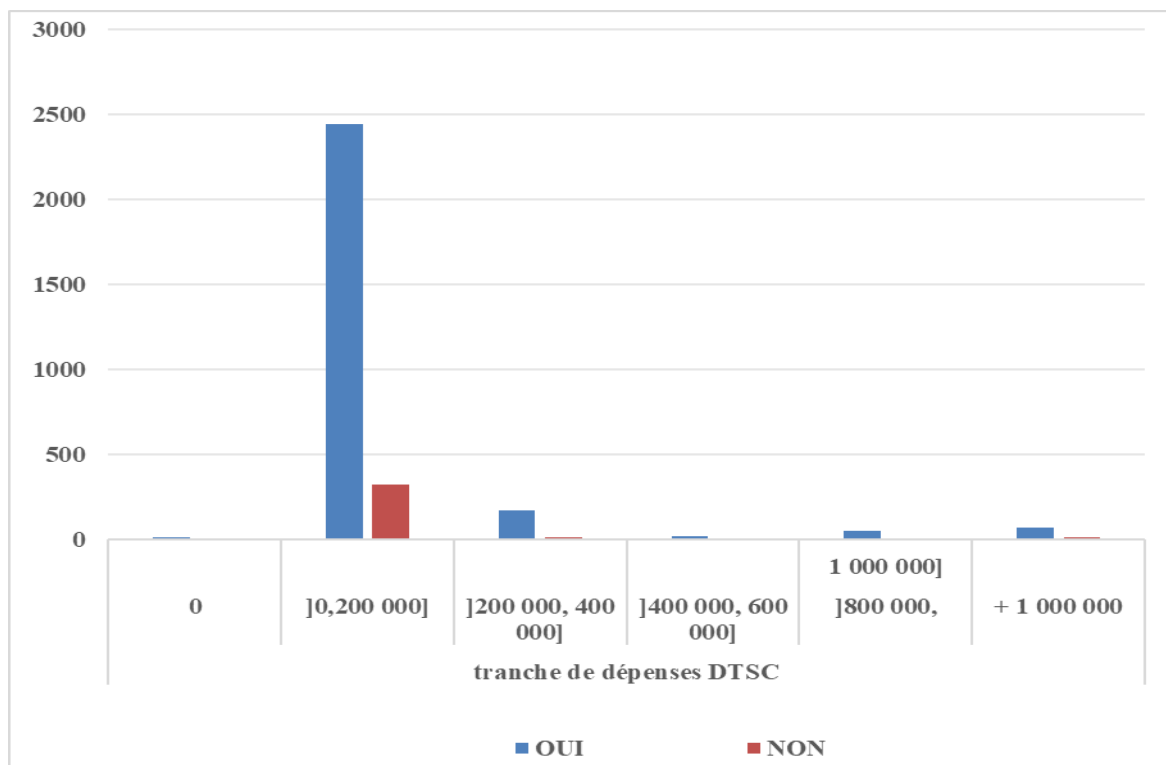
- **L’hypertension Artérielle (HTA)** : un facteur de risque majeur pour les MCV, présente chez les 75% des patients atteints de MCV.
- **Le diabète** : cette affection métabolique est courante avec une prévalence de 47% des patients souffrant de MCV, et nécessite un suivi régulier.
- **La dyslipidémie** : Facteur de risque non négligeable des MCV, qui peut aggraver l’état de santé général des patients, présent chez 8,3% des malades.
- **Le cancer** : Maladie lourde et mortelle qui interfère avec la santé cardiovasculaire. Il complique davantage les traitements des malades, les affaiblit et augmente nettement les dépenses. Cette maladie est présente chez 6,1% des malades.
- **L’arthrose et les maladies des articulations** : vu que la majorité des malades sont âgés, ces maladies de dégénérescence sont fréquentes et handicapantes pour les malades. Elles sont présentes chez 25% des malades.
- **Les troubles de la thyroïde** : Qu’il s’agisse d’hyperthyroïdie ou d’hypothyroïdie, ils ont un impact significatif sur la santé cardiovasculaire. La glande thyroïde joue un rôle

crucial dans la régulation du métabolisme, et tout dysfonctionnement peut entraîner des complications cardiaques.

- **D'autres affections de longue durée :** d'autres maladies chroniques ont été rapportées chez la moitié des malades, comme l'asthme, l'obésité morbide, les problèmes neurologiques, l'alzheimer, ...etc.

La coexistence de ces maladies complique non seulement le traitement des MCV, mais entraîne également une augmentation significative des coûts de soins de santé pour les ménages. Cette enquête met en lumière l'importance d'une approche intégrée dans la gestion des soins de santé, qui prenne en compte les multiples dimensions des maladies chroniques et leur impact sur la santé cardiovasculaire. La présence de comorbidité a aggravé les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie. En effet, les malades présentant une comorbidité chronique sont : 85% de malades atteints de MCV ayant dépensé plus de 1000 000Da ; 88% des malades ayant dépensés moins de 200 000Da ; 93,7% de ceux ayant dépensés entre 200 000 et 400 000Da et 100% de ceux ayant dépensés entre 400 000 et 1000 000Da par malade et par trimestre.

Figure n°46 : Impact de la comorbidité chronique sur les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie



Source: (Meklat, 2025)

Les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie à Bejaia sont significativement influencées par la présence de comorbidités. Les patients avec des comorbidités chroniques font face à des coûts accrus pour plusieurs raisons :

- **Multiplication des consultations** : Les patients ayant plusieurs problèmes de santé nécessitent souvent des consultations chez différents spécialistes, ce qui augmente le nombre de visites médicales et, par conséquent, les frais associés (Villain, 2019).
- **Coûts des médicaments** : Les traitements pour les comorbidités peuvent inclure des médicaments coûteux, augmentant ainsi le fardeau financier pour les ménages. Par exemple, les patients diabétiques peuvent avoir des dépenses supplémentaires pour l'insuline et d'autres médicaments (Barry & al, 2021).
- **Hospitalisations fréquentes** : Les patients avec des comorbidités sont plus susceptibles d'être hospitalisés, ce qui entraîne des coûts directs élevés pour les soins hospitaliers, les examens et les traitements (Azri & Brahamia, 2023).

La présence de comorbidités chroniques chez les patients a un impact significatif sur les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie à Bejaia. Les coûts associés à la gestion de ces comorbidités, combinés aux défis du système de santé local, peuvent créer un fardeau financier important pour les malades et leurs familles. Il est crucial d'améliorer l'accès aux soins et de renforcer les systèmes de santé pour atténuer ces impacts économiques.

Les résultats de notre enquête sur les dépenses de santé liées aux maladies cardiovasculaires (MCV) à Bejaia mettent en lumière une situation alarmante et complexe, marquée par un fardeau financier considérable pour les ménages, malgré un cadre de santé publique censé offrir des soins gratuits. L'objectif d'analyser la structure et l'ampleur des dépenses, ainsi que l'impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité aux soins cardiologiques, a révélé que les dépenses directes des ménages ("out-of-pocket") atteignent en moyenne 55 956,18 DA par trimestre et par ménage, dont 88,79% sont spécifiquement dédiées aux soins de cardiologie. Cette moyenne cache de fortes disparités, avec des ménages supportant des coûts exorbitants, dépassant parfois le million de dinars par trimestre.

L'analyse a identifié plusieurs facteurs influençant ces dépenses. Contrairement à une intuition initiale, une relation inverse a été observée entre la taille du ménage et les dépenses directes de santé : les familles nombreuses tendent à dépenser moins, suggérant un renoncement aux soins par incapacité financière face à d'autres dépenses contraintes

prioritaires. Par ailleurs, la présence de comorbidités chroniques au sein des ménages augmente significativement les dépenses, avec 89% des malades atteints de MCV présentant une comorbidité, ce qui intensifie la demande de soins multiples et onéreux. Le niveau de revenu joue également un rôle, les ménages à faible revenu étant disproportionnellement affectés, engageant des dépenses de soins qui peuvent les appauvrir davantage, soulignant une inégalité sociale flagrante face à l'accès aux soins. Les types de MCV ont aussi un impact différencié, certaines pathologies comme l'IDM et les valvulopathies entraînant des coûts plus élevés. En outre, le secteur privé est prédominant pour les consultations et certains actes médicaux, avec des tarifs bien supérieurs aux remboursements de la sécurité sociale, ce qui pousse les patients, notamment ceux à revenus modestes, à des arbitrages difficiles.

Les dépenses indirectes, telles que l'absentéisme au travail des patients ou de leurs accompagnants, et la perte de revenus qui en découle, bien que moins fréquentes pour la majorité, peuvent entraîner des difficultés financières notables pour une proportion significative de familles, accentuant la "spirale appauvrissante" de la maladie.

Cette étude démontre que l'accessibilité financière aux soins cardiologiques à Bejaia est critique. Le système de santé actuel, malgré ses intentions de gratuité, présente des limites significatives en termes de financement, de couverture sociale et de disponibilité des services publics, ce qui oblige les ménages à puiser dans leurs ressources, souvent au détriment d'autres besoins essentiels ou conduisant au renoncement aux soins.

Pour améliorer cette situation, plusieurs recommandations s'imposent. Il est impératif de renforcer l'offre de soins cardiologiques dans le secteur public, notamment les consultations et les programmes de soins avancés, pour réduire la dépendance au secteur privé et les délais d'attente. Une révision des tarifs de remboursement de la sécurité sociale, ainsi qu'une extension de la liste des médicaments et actes médicaux pris en charge (en particulier les médicaments innovants pour les MCV), est cruciale. Des politiques ciblées de soutien financier et d'accompagnement pour les ménages les plus vulnérables, en particulier ceux à faible revenu, les familles nombreuses et ceux confrontés à des comorbidités, sont nécessaires pour alléger leur fardeau. Enfin, des campagnes de sensibilisation et d'éducation à la prévention des MCV et à la gestion des maladies chroniques pourraient, à long terme, réduire la prévalence et les coûts associés, tout en améliorant la qualité de vie de la population.

Ces résultats constituent une base empirique solide pour les décideurs politiques, les acteurs de la santé et les organismes sociaux afin d'élaborer des stratégies et des politiques plus équitables et efficaces, garantissant que tous les citoyens de Bejaia puissent bénéficier des soins cardiologiques nécessaires sans craindre la catastrophe financière, et contribuant ainsi à un système de santé plus juste et plus résilient.

*Chapitre V : L'accessibilité financière
aux soins de cardiologie chez les malades
à Bejaia :
Quel effet du pouvoir d'achat ?*

L'accessibilité financière aux soins de santé représente un enjeu capital pour le bien-être des populations et la stabilité des systèmes de protection sociale à travers le monde. Dans le contexte spécifique de Bejaïa, cette problématique revêt une acuité particulière pour les individus atteints de maladies cardiovasculaires (MCV), affections qui figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité. Malgré l'existence d'un système de santé public censé garantir des soins gratuits, une réalité préoccupante se dessine : un nombre significatif de malades se heurtent à des barrières financières substantielles, entravant leur accès aux diagnostics, traitements et suivis indispensables. Cette situation n'est pas isolée ; elle est exacerbée par un ensemble complexe de facteurs socio-économiques et structurels propres à la région, transformant la prise en charge des affections cardiologiques en un véritable défi pour les ménages.

Ce chapitre s'engage à décortiquer les multiples facettes de l'accessibilité financière aux soins de cardiologie à Bejaïa. Dans un premier temps, nous explorerons les diverses sources de financement qui soutiennent les dépenses de santé dans ce domaine. Une analyse approfondie sera consacrée à la contribution de l'État, au rôle (parfois limité) de la sécurité sociale, à l'intervention marginale des mutuelles, et surtout, à la part prépondérante des paiements directs ("out-of-pocket") assumés par les patients eux-mêmes. Nous mettrons en lumière les lacunes et les défis posés par le système actuel, notamment en ce qui concerne la couverture des consultations, des actes de radiologie, des analyses médicales et des frais de déplacement.

Dans un second temps, l'étude se penchera sur l'évaluation quantitative du "reste à charge" pour les ménages. Nous calculerons le coût moyen des différentes composantes des soins cardiologiques – des consultations médicales aux programmes hospitaliers, en passant par les traitements médicamenteux et les frais annexes – en détaillant ces coûts par type de maladie cardiovasculaire. L'objectif est d'offrir une estimation réaliste et nuancée du fardeau financier direct et indirect supporté par les patients et leurs familles, en soulignant les disparités notables et la forte hétérogénéité des dépenses.

Enfin, la troisième section abordera les implications socio-économiques de ce coût sur les ménages. Nous analyserons l'incidence des dépenses catastrophiques de santé, l'endettement des familles, le recours à des aides extérieures, et les conséquences sociales profondes qui en résultent telles que le renoncement aux soins, la détérioration de la qualité

de vie, le stress chronique et l'isolement social. La perception des malades eux-mêmes face à ces obstacles financiers sera également explorée, offrant un éclairage qualitatif essentiel à la compréhension du phénomène.

À travers cette investigation, notre ambition est double : d'une part, souligner l'importance cruciale d'une approche intégrée et systémique pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de cardiologie ; d'autre part, proposer des pistes de réflexion concrètes et des recommandations pour l'élaboration de politiques de santé publique plus équitables et adaptées aux réalités des patients de Bejaïa.

Section 1 : Sources de financement des dépenses de soins de cardiologie

L'accès aux soins de cardiologie en Algérie, est un enjeu crucial pour la santé publique. Les maladies cardiovasculaires représentent une des principales causes de morbidité et de mortalité, rendant indispensable la mise en place de mécanismes de financement adaptés pour couvrir les dépenses liées à ces soins. Dans ce contexte, il est essentiel d'explorer les différentes sources de financement disponibles pour garantir un accès équitable et de qualité aux soins cardiologiques.

Le financement des soins de cardiologie repose principalement sur un système public de sécurité sociale, mais les patients sont confrontés à des restes à charge, notamment dans le secteur privé ou en cas de limitations dans le secteur public. Le système évolue avec les investissements publics pour renforcer l'autonomie sanitaire du pays.

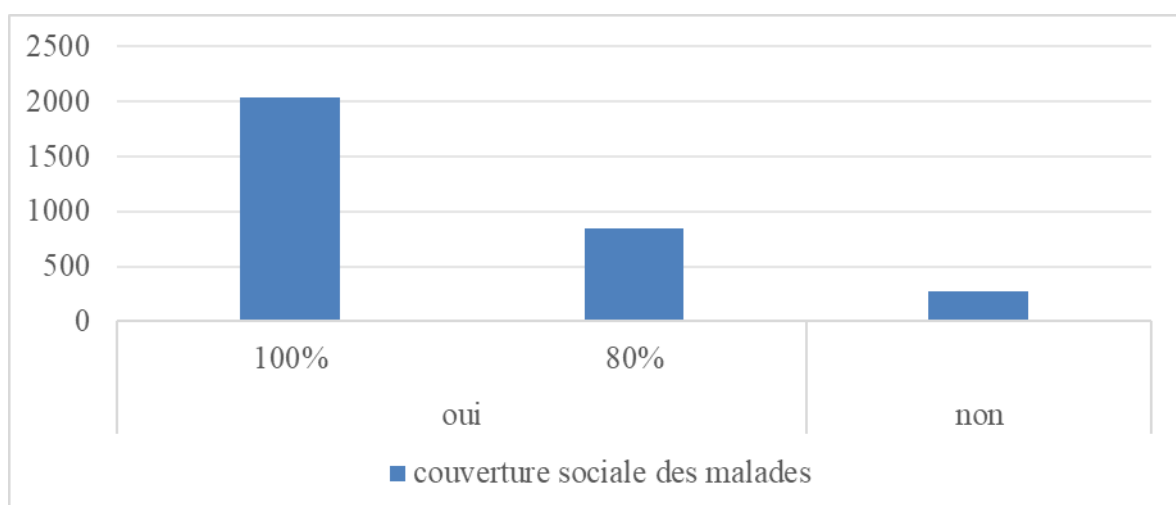
Les dépenses de soins de cardiologie peuvent être financées par plusieurs canaux, notamment le système de sécurité sociale, les assurances santé privées, ainsi que les fonds publics alloués par l'État. Le régime algérien de sécurité sociale joue un rôle central en prenant en charge une partie des frais médicaux, mais il est souvent confronté à des limitations budgétaires qui peuvent restreindre l'accès aux soins spécialisés. De plus, les cliniques privées, bien qu'elles offrent des services de qualité, peuvent engendrer des coûts élevés qui ne sont pas toujours couverts par les assurances, ce qui peut dissuader les patients de rechercher les soins nécessaires. La couverture sociale est efficace pour les actes lourds et les affections chroniques, mais des lacunes subsistent pour les soins courants, poussant certains patients vers un secteur privé mal régulé.

C'est pourquoi, cette section se propose d'analyser en profondeur les différentes sources de financement des dépenses de soins de cardiologie à Bejaïa, en mettant en lumière les défis et les opportunités qui se présentent dans le cadre de la prise en charge des patients. Une compréhension claire de ces mécanismes est essentielle pour développer des stratégies efficaces visant à améliorer la qualité des soins et à garantir leur accessibilité à tous les citoyens.

1.1. Couverture sociale des malades cardiaques

La couverture par la sécurité sociale des malades cardiaques en Algérie est un sujet d'importance croissante, surtout compte tenu de la prévalence des maladies cardiovasculaires dans le pays. Selon les données récentes, la CNAS a mis en place des mesures significatives pour améliorer l'accès aux soins pour les patients souffrant de ces affections. En 2024, plus de 24 000 patients ont bénéficié de soins cardiologiques, avec un budget total de 7,35 milliards de dinars alloué à la prise en charge des interventions chirurgicales cardiaques. 50 cliniques privées sont conventionnées qui ont pris en charge des malades pour 6,676 milliards Da sous le régime CNAS et pour 672 millions Da sous le régime CASNOS pour 1800 patients (Ima, 2025). La prise en charge à 100% des assurés atteint de MCV vise à réduire le fardeau financier des soins pour les patients et à garantir un accès équitable aux traitements nécessaires. De plus, des conventions ont été établies avec des cliniques privées pour renforcer les capacités de traitement sur le territoire national, réduisant ainsi la nécessité d'évacuer les patients vers l'étranger pour des soins spécialisés.

Figure n°47 : Couverture sociale des malades atteint de MCV à Bejaia



Source : (Meklat, 2025)

Les personnes atteintes de MCV peuvent bénéficier d'une couverture sociale à 100%, même sans être assurées sociale, dans le cadre du programme d'accès gratuit aux médicaments essentiels pour les personnes non assurées et démunies initié par le ministère de la solidarité nationale. Ces malades obtiennent les mêmes droits que les assurés sociaux du régime général.

D'après notre enquête ; 90,9% de notre échantillon bénéficié d'une couverture sociale. Bien que les malades atteints de maladies cardiovasculaires sont éligibles à la couverture sociale, on constate que 9,1% (soit 276 malades) ne bénéficient d'aucune couverture sociale par ignorance de leur éligibilité à la couverture sociale, même sans cotisation au préalable, ce qui se répercute sur leur accessibilité aux soins.

En outre, parmi les malades couvertes par l'assurance maladie, 29% d'entre eux sont remboursés aux régimes de 80%. Ce taux s'explique par trois situations:

- Certains malades nouvellement diagnostiqués, n'ont pas eu le temps d'entamer la procédure pour passer d'un taux de remboursement de 80% à celui de 100%,
- D'autres malades continuent de rembourser à 80%, ignorant qu'ils ouvrent droit à un remboursement à 100% et qu'il existe des procédures à suivre pour le faire,
- Certaines maladies comme l'HTA bénigne ou des affections cardiaques (myocardite) ne figurent pas dans la liste des affections de longue durée éligibles au remboursement à 100% de la sécurité sociale, listées dans les articles 5 et 21 du décret n° 84-27 du 11 février 1984.

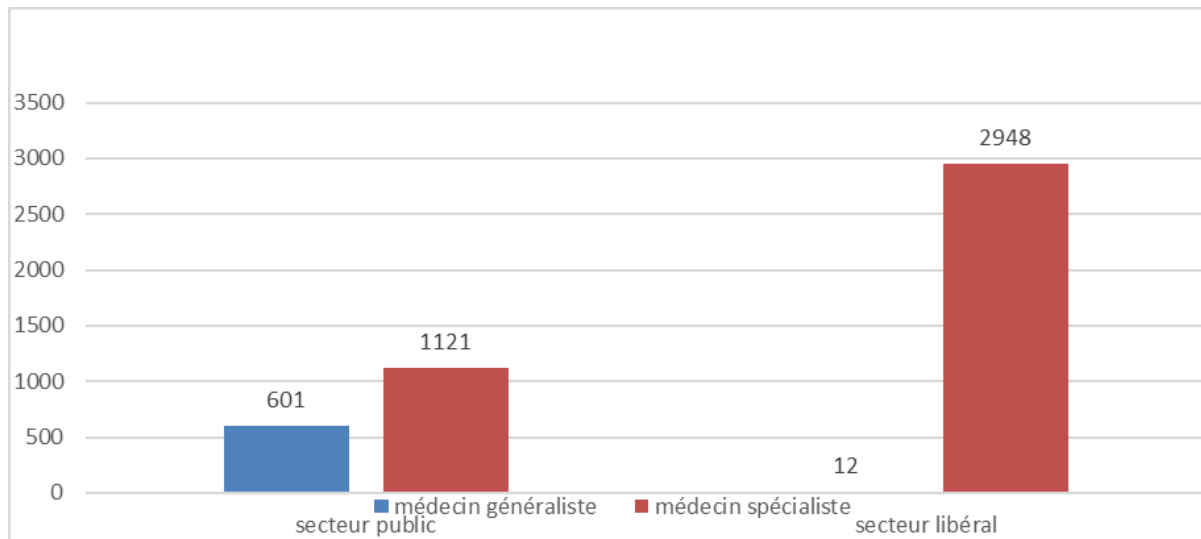
En outre, 6,8% seulement des malades bénéficient d'une couverture supplémentaire de mutuelle sociale pour les dépassements d'honoraires non couverts par la sécurité sociale. Par ailleurs, la totalité des malades a confirmé leur participation financière au financement de leurs soins de cardiologie.

1.2. Sources de financement des dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie

Les soins de cardiologie englobent une variété de services, y compris les consultations médicales, les examens diagnostiques, les traitements médicamenteux et les interventions chirurgicales. Bien que le secteur public offre des soins gratuits, les patients doivent souvent faire face à des dépenses directes, par défaut du régime de sécurité sociale.

1.2.1. Financement des soins ambulatoires (consultations médicales)

Le financement des soins ambulatoires, en particulier pour les consultations médicales en cardiologie, est un aspect crucial du système de santé à Bejaia. Les soins ambulatoires jouent un rôle essentiel dans le suivi et la gestion des MCV, mais qui représentent un problème de santé publique dans la région, vu le manque du personnel dans le secteur public.

Figure n°48 : Demande de soins ambulatoire de cardiologie à Bejaia

Source : (Meklat, 2025)

Les résultats indiquent que la majorité des consultations en cardiologie à Bejaia sont effectuées par des médecins spécialistes exerçant dans le secteur libéral, représentant 63,22 % du total des consultations. En revanche, les consultations chez les médecins généralistes sont beaucoup moins fréquentes, en particulier dans le secteur libéral, où elles ne constituent qu'une petite fraction des consultations globales.

Cette répartition met en lumière la dépendance des patients à l'égard du secteur libéral pour accéder à des soins spécialisés, ce qui soulève des préoccupations en matière d'accessibilité financière, notamment pour les ménages à faible revenu. De plus, l'insuffisance de médecins spécialistes dans le secteur public entraîne des délais d'attente prolongés pour obtenir un rendez-vous, ce qui peut décourager les patients et justifier leur recours excessif au secteur libéral.

Tableau n°366: Sources de financement des consultations de cardiologie

	Fréquences	%
Etat	1178	28,70
Sécurité sociale	0	0,00
Mutuelles	12	0,29
Malade	2914	71,00
Total	4104	100

Source : (Meklat, 2025)

Ce tableau met en évidence les différentes sources de financement des consultations de cardiologie à Bejaia. On observe que :

- **Le malade comme acteur financier principal** : La source de financement la plus importante est le « **Malade** » lui-même, qui prend en charge **71,00 %** des consultations (soit 2914 cas sur 4104). Cela indique que les patients assument directement la plus grande partie du coût des soins cardiologiques, ce qui représente une charge financière individuelle très lourde.
- **Le rôle secondaire de l'Etat** : L'Etat est la deuxième source de financement, mais avec une part bien moindre (28,70 %, soit 1178 cas). Il agit comme un payeur significatif, mais ne couvre pas la majorité des dépenses.
- **L'absence totale de la Sécurité Sociale** : Cela suggère que dans le contexte de cette étude, le système classique de sécurité sociale ne rembourse pas ou n'intervient pas dans le financement direct de ces consultations cardiologiques
- **La part marginale des mutuelles** : Les Mutuelles ne représentent qu'une part infime du financement, avec seulement 0,29 % (12 cas). Cela indique que très peu de patients bénéficient d'une couverture complémentaire par ce biais, ou que les mutuelles interviennent peu dans ce type de soins

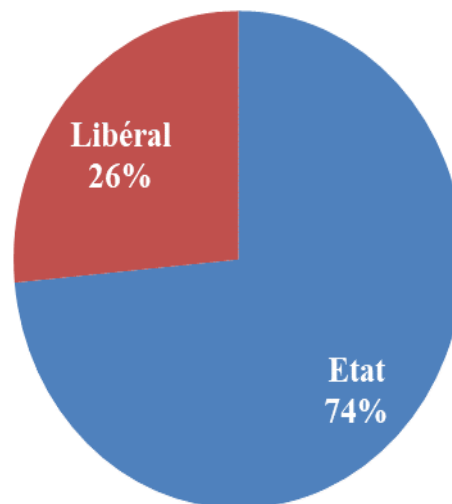
Ce tableau illustre les défis financiers auxquels sont confrontés les patients atteints de cardiopathies à Bejaia. La structure de financement est dominée par les paiements directs des patients. Ce modèle peut avoir des conséquences importantes sur **l'accès aux soins**, pouvant conduire à un renoncement aux soins pour les populations les plus précaires ou à des difficultés financières pour les ménages. Le rôle quasi-inexistant de la Sécurité Sociale et des mutuelles contraste avec le principe de la couverture maladie universelle dans ce

contexte. Le système repose sur un équilibre entre la forte contribution individuelle des patients et un soutien étatique qui, bien que non négligeable, ne constitue pas la source principale de financement. Il est essentiel d'explorer des solutions pour améliorer le financement des soins de santé, notamment en renforçant le rôle de la sécurité sociale et des mutuelles pour alléger le fardeau financier des patients.

1.2.2. Financement des soins hospitaliers (programmes de soins de cardiologie)

Les programmes de soins de cardiologie sont offerts gratuitement dans le CHU de Bejaia, mais à défaut de long temps d'attente pour la prise en charge, ou de panne occasionnelle dans les équipements, les malades s'orientent vers le secteur libéral.

Figure n°49 : Demande de programmes de soins de cardiologie selon le secteur juridique

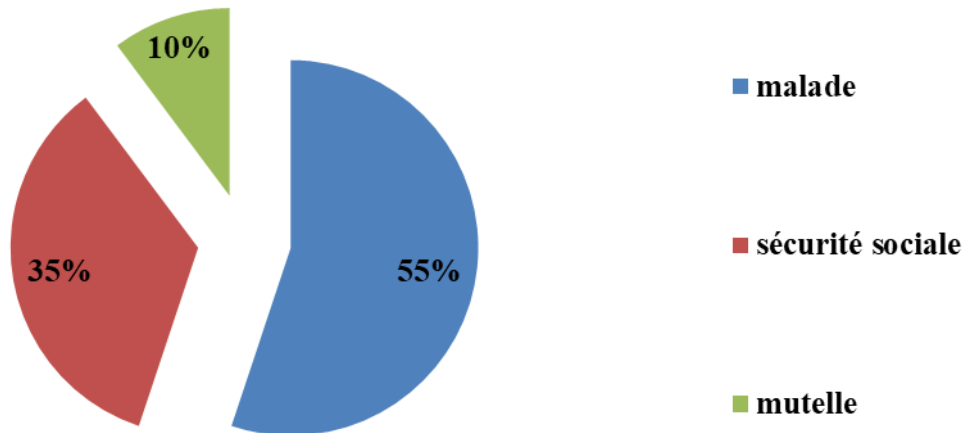


Source : (Meklat, 2025)

Ce graphique présente la répartition sectorielle des offreurs de soins de cardiologie sollicités par les patients de Bejaia. Il ressort que le secteur public, incarné par le CHU de Bejaia, constitue le principal pourvoyeur de soins avec 74% des programmes de soins. Le secteur privé, représenté par des établissements comme l'EHP « Rameau d'Olivier », prend en charge le quart restant.

La prédominance de l'offre publique, qui garantit des soins gratuits, apparaît comme un facteur déterminant pour assurer l'accès aux soins des populations à revenus modestes. Cette configuration met en lumière le rôle crucial du CHU dans le système de santé local et son importance pour la couverture sanitaire de la région.

Figure n°50 : Sources de financement des programmes de soins de cardiologie fournis par le secteur libéral



Source : (Meklat, 2025)

Bien que des conventions (Décret exécutif n° 14-367, 2014) sont signées entre la sécurité sociale et les cliniques privées pour la prise en charge totale des malades cardiaques, à travers des tarifs forfaitaires des soins couvertes par la convention. Les malades se retrouvent souvent contraints de régler des dépassements d'honoraires. A travers notre enquête, nous avons met en évidence trois sources de financement des programmes de soins réalisés dans le secteur libéral :

- **Le malade (Out Of Pocket) :** Les patients supportent une part significative des coûts (55%), ce qui indique un fardeau financier important pour les individus cherchant des soins dans le secteur privé. Bien que la prise en charge des programmes de soins est à 100%, cette prise en charge doit être obtenu avant l'acte médicale, à défaut le malade perd le droit de prise en charge ou de remboursement. Or, certains malades ne demandent pas la prise en charge de la sécurité sociale, notamment dans le cadre de leur admission pour une urgence médicale (un AVC, un IDM, etc.). Ces malades trouvent la procédure assez complexe, avec un dossier à fournir, à scanner et à envoyer via une plate-forme, pour qui il faut attendre une réponse sous 48 h! Dans certains cas urgent, retarder la prise en charge médicale 48h la rend inefficace et met en danger la vie des malades. Par exemple le cas d'un AVC, après 6h sans intervention, les dégâts sont irréparables, et le malade va subir les séquelles (neurologiques et cardiaques) pour le restant de sa vie !! C'est ce qui explique la part importante des malades qui financent leurs programmes de soins dans le secteur libéral. Dans d'autres cas, même avec une

prise en charge de la sécurité sociale, cette dernière ne couvre que l'acte objet de la convention, de ce fait, le malade doit régler le dépassement d'honoraires, qui englobe : les nuitées à la cliniques, les soins infirmerie, les soins en cas de complications dues à l'intervention, les actes médicaux de radiologie et d'analyse, etc.

- **La sécurité sociale** : La sécurité sociale contribue de manière modeste au financement des programmes de soins avec 35% de notre échantillon, ce qui soulève des questions sur l'efficacité de la couverture des soins hospitaliers offerts par le système de sécurité sociale.
- **Les mutuelles** : La contribution des mutuelles est relativement faible avec seulement 10% de notre échantillon, ce qui suggère que peu de patients bénéficient d'une couverture complémentaire pour leurs programmes de soins hospitaliers dans le secteur libéral.

Plusieurs défis financiers confrontent les patients qui cherchent des soins hospitaliers dans le secteur libéral. La forte proportion de dépenses à la charge des malades souligne la nécessité d'améliorer le financement des soins de santé, notamment en renforçant le rôle de la sécurité sociale et des mutuelles. Des politiques de santé publique adaptées pourraient contribuer à alléger le fardeau financier des patients et à garantir un meilleur accès aux soins de cardiologie.

1.2.3. Financement des actes de radiologie

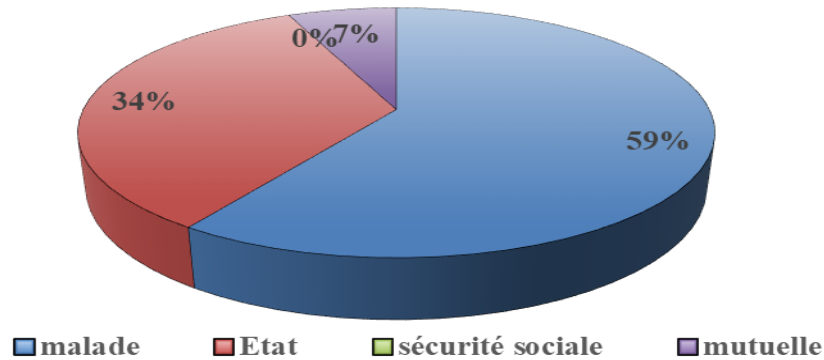
Les actes de radiologie en cardiologie englobent plusieurs techniques d'imagerie utilisées pour diagnostiquer et traiter les maladies cardiaques. D'après nos résultats, la totalité des malades ont réalisé des actes de radiologie dans le cadre du suivi de leur maladie.

Cette figure met en évidence les différentes sources de financement des examens radiologiques :

- **Le malade** : Une part significative des coûts d'actes de radiologie (59 %) est supportée par les patients eux-mêmes, ce qui indique un fardeau financier important pour ceux qui nécessitent plusieurs examens radiologiques.
- **L'État** : La contribution de l'État est également notable (34 %), ce qui montre que le secteur public joue un rôle important dans le financement des actes de radiologie.
- **Sécurité sociale** : L'absence de financement des actes de radiologie par la sécurité sociale (0 %) soulève des préoccupations quant à la couverture des soins de cardiologie, laissant les patients sans soutien financier pour ces examens.

- **Mutuelle** : La contribution des mutuelles est relativement faible (7 %), ce qui suggère que peu de patients bénéficient d'une couverture complémentaire pour les examens radiologiques.

Figure n°51 : Sources de financement des actes de radiologie pour soins de cardiologie



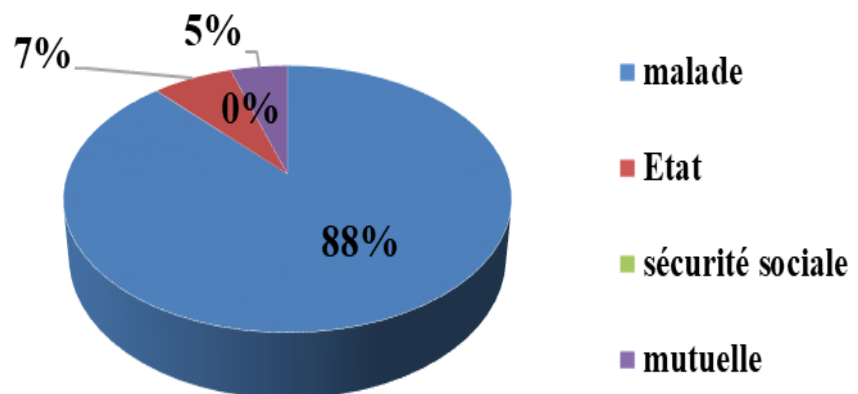
Source : (Meklat, 2025)

Ces données illustrent les défis financiers auxquels sont confrontés les patients nécessitant des examens radiologiques. La forte proportion de dépenses à la charge des malades souligne la nécessité d'améliorer le financement des soins de santé, notamment en renforçant le rôle de la sécurité sociale et des mutuelles. Des politiques de santé publique adaptées pourraient contribuer à alléger le fardeau financier des patients et à garantir un meilleur accès aux soins radiologiques.

1.2.4. Financement des analyses médicales

Le recours aux analyses médicales est indispensable pour un meilleur suivi de l'évolution de la maladie. D'après notre enquête, la totalité des malades font des analyses médicales périodiquement (chaque 3 ou 6 mois selon la gravité de leur affection).

Figure n°52 : Sources de financement des analyses médicales



Source : (Meklat, 2025)

Quatre sources de financement des analyses médicales pour les soins de cardiologie existent :

- **Le malade** : Une part écrasante des coûts des analyses médicales (88 %) est supportée par les patients eux-mêmes, ce qui indique un fardeau financier très lourd sur les malades à faibles revenus.
- **L'État** : La contribution de l'État est relativement faible (7 %), ce qui montre que les services publics jouent un rôle limité dans le financement de ces analyses.
- **Sécurité sociale** : L'absence de financement par la sécurité sociale (0 %) soulève des préoccupations quant à la couverture sociale des analyses médicales de santé, laissant les patients sans soutien financier pour ces analyses.
- **Mutuelle** : La contribution des mutuelles est également faible (5 %), ce qui suggère que peu de patients bénéficient d'une couverture complémentaire pour les analyses médicales.

Ces données illustrent les défis financiers auxquels sont confrontés les patients nécessitant des analyses médicales pour les soins de cardiologie. La forte proportion de dépenses à la charge des malades souligne la nécessité d'améliorer le financement des soins de santé, notamment en renforçant le rôle de la sécurité sociale et des mutuelles. Des politiques de santé publique adaptées pourraient contribuer à alléger le fardeau financier des patients et à garantir un meilleur accès aux soins de cardiologie.

1.2.5. Financement des traitements médicamenteux

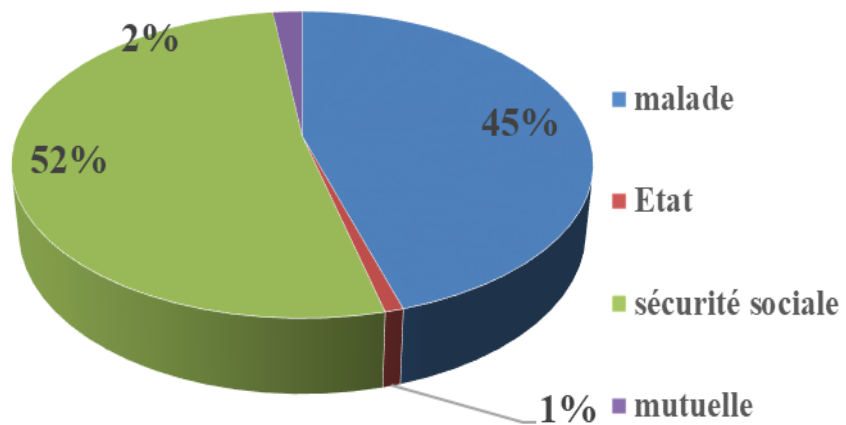
Les traitements médicamenteux sont pris en charge à 100% de leurs tarifs de références par la sécurité sociale. Toutefois, certains médicaments ne sont pas remboursables ou leur PPA est supérieur au tarif de référence. Ce qui justifié le paiement direct des médicaments par les malades. Sans oublié les malades non couverts par la sécurité sociale et ceux bénéficiant d'une couverture partielle à 80%.

La figure suivante met en évidence les différentes sources de financement des traitements médicamenteux pour les soins de cardiologie auprès de notre échantillon :

- **Le malade** : Une part significative des coûts (45 %) est supportée par les patients eux-mêmes, ce qui indique un fardeau financier important pour ceux à faibles revenus
- **L'État** : La contribution de l'État est très faible (1 %), ce qui montre que les services publics jouent un rôle limité dans le financement des traitements médicamenteux. Réellement c'est la proportion des malades hospitalisés ayant reçu des traitements propres au circuit hospitalier.

- **La sécurité sociale** : La sécurité sociale représente la major partie du financement (52 %), ce qui indique un soutien significatif pour les patients dans l'accès à leurs traitements.
- **Les mutuelles** : La contribution des mutuelles est relativement faible (2 %), ce qui suggère que peu de patients bénéficient d'une couverture complémentaire pour leurs traitements médicamenteux.

Figure n°53 : Sources de financement des traitements médicamenteux



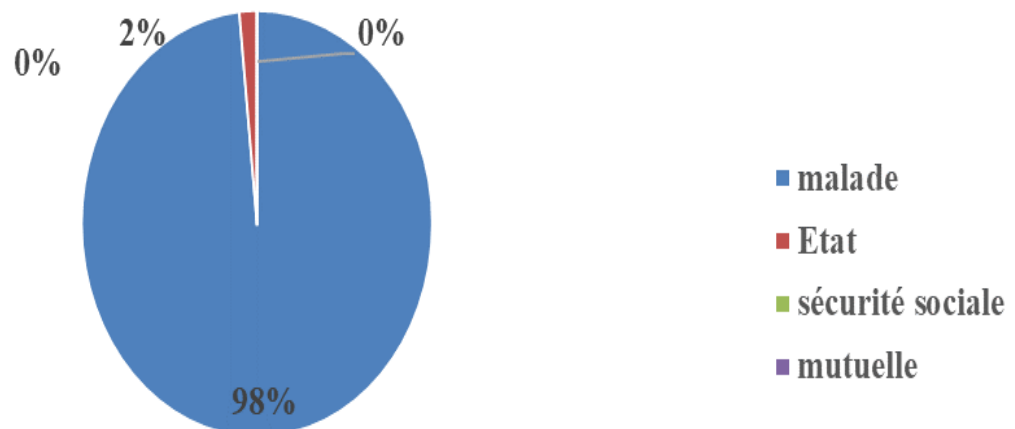
Source : (Meklat, 2025)

Ces résultats illustrent les différentes sources de financement des traitements médicamenteux pour les soins de cardiologie. Bien que la sécurité sociale joue un rôle majeur dans le financement, la part importante des dépenses à la charge des malades souligne la nécessité d'améliorer l'accès aux médicaments.

1.2.6. Financement des frais de déplacements

Les frais de déplacement peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs, notamment le type de soins requis, la distance à parcourir, et le mode de transport utilisé. Ils constituent souvent un problème d'accessibilité aux soins pour les malades ne disposant pas de moyens de transport privés et devant parcourir de longues distances pour recevoir leurs soins. D'après notre enquête, la sécurité sociale et les mutuelles ne participent guère au financement des frais de déplacement, ce qui alourdi la charge sur les malades.

Figure n°54 : Les sources de financement des frais de déplacement pour les soins de cardiologie



Source : (Meklat, 2025)

Cette figure met en évidence deux sources de financement des dépenses de déplacement pour les soins de cardiologie : principalement le malade et rarement l'Etat. La sécurité sociale et les mutuelles ne couvrent pas ces dépenses.

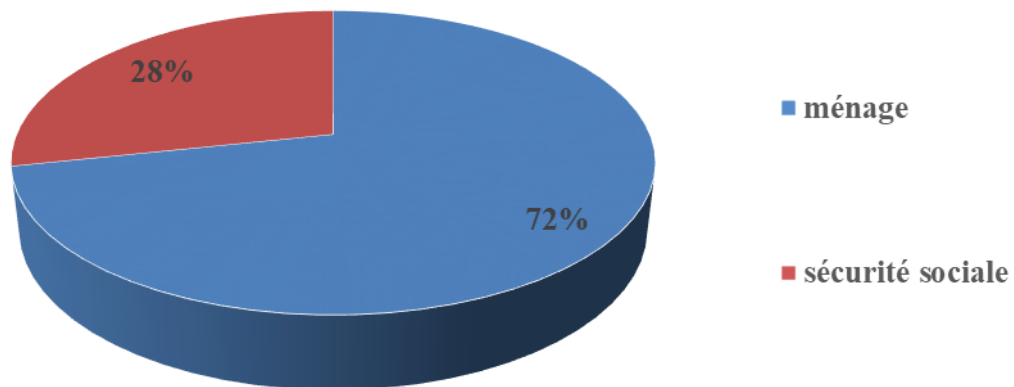
- **Le malade** : Une part écrasante des coûts (98,62 %) est supportée par les patients eux-mêmes, ce qui indique un fardeau financier très lourd pour ceux à faibles revenus qui doivent se déplacer souvent pour recevoir leurs soins en cardiologie.
- **L'État** : La contribution de l'État est très faible (1,64 %), elle concerne effectivement les déplacements par ambulance dans le cadre des urgences médicales.

Ces résultats illustrent les défis financiers auxquels sont confrontés les patients, comme leurs déplacements pour les soins de cardiologie. La forte proportion de dépenses à la charge des malades souligne la nécessité d'améliorer le financement des soins de santé, notamment en renforçant le rôle de la sécurité sociale et des mutuelles pour couvrir les frais de déplacement.

1.3. Financement des dépenses indirectes de soins de cardiologie

Les dépenses indirectes désignent la perte de productivité liée à l'absentéisme. La perte de revenu est indemnisée uniquement pour les malades assurés. Les malades non couverts par la sécurité sociale ainsi que les membres de leurs familles assurés, qui les prennent en charge même, ne bénéficient d'aucune prise en charge.

Figure n°55 : Sources de financement des pertes d'indemnités journalières pour soins de cardiologie



Source : (Meklat, 2025)

Cette figure met en évidence les différentes sources de financement des pertes d'indemnités journalières :

- **Les ménages :** Une part significative des pertes (71,80 %) est supportée par les ménages eux-mêmes, ce qui indique un fardeau financier important pour les familles qui doivent faire face à la perte de revenus en raison de l'absentéisme lié aux soins de cardiologie.
- **La sécurité sociale :** La contribution de la sécurité sociale est modeste avec 28,20 %. Vue qu'une importante proportion des malades sont des retraités. Ce qui montre que le soutien du système de sécurité sociale ne couvre pas entièrement les pertes d'indemnités journalières causée par la MCV, et ne reconnaît pas ces pertes dues à l'accompagnement et l'assistantat du malade.

Ces résultats confirment les défis financiers auxquels sont confrontés les ménages en matière de pertes d'indemnités journalières dues à des soins de santé. La forte proportion de pertes à la charge des ménages souligne la nécessité d'améliorer le financement et la couverture des indemnités journalières par la sécurité sociale. Car beaucoup de malades subit un double stress dû à la maladie d'une part et à la perte de revenu du membre de la famille qui le prend en charge, d'autre part.

Enfin, l'analyse des sources de financement des dépenses de soins de cardiologie à Bejaïa révèle un système où la sécurité sociale, bien que pilier central, présente des lacunes significatives, reportant une part considérable du fardeau financier sur les ménages. Les données recueillies soulignent que les patients sont les principaux financeurs de leurs

consultations (71%), de leurs analyses médicales (88%), de leurs frais de déplacement (98,62%) et d'une partie importante de leurs soins hospitaliers dans le secteur libéral (55%) ainsi que des actes de radiologie (59%). Cette prépondérance des dépenses "Out Of Pocket" est exacerbée par l'absence ou la faiblesse de la couverture de la sécurité sociale et des mutuelles pour des postes essentiels comme les consultations, les actes de radiologie et d'analyses, ou les frais de déplacement. Même pour les traitements médicamenteux, où la sécurité sociale joue un rôle majoritaire (52%), une part non négligeable (45%) reste à la charge des malades.

Ces résultats mettent en évidence les défis majeurs en matière d'accessibilité aux soins et de protection financière des patients, conduisant potentiellement à un renoncement aux soins ou à un endettement des ménages. Les procédures complexes pour la prise en charge à 100% ou les délais de réponse en cas d'urgence dans le secteur libéral contribuent également à cette situation.

Section 2 : Coût moyen des soins de cardiologie à la charge du malade

La gestion des maladies cardiovasculaires à Bejaia s'inscrit dans un paysage de santé algérien caractérisé par un système public de santé universel coexistant avec un secteur privé en pleine croissance. Bien que le financement repose sur le principe de solidarité nationale, notamment via la CNAS et la CASNOS qui couvrent une partie significative des soins, une préoccupation majeure émerge pour les patients : le "reste à charge". Cette part des dépenses médicales non couverte par les assurances sociales représente un fardeau financier souvent considérable, dont l'évaluation est au cœur de cette section.

Les malades à Bejaia se trouvent confrontés à une diversité de frais non négligeables. Ceux-ci incluent les tickets modérateurs, les coûts de médicaments non remboursés ou en rupture de stock dans le secteur public, les dépassements d'honoraires pratiqués dans le privé, et les dépenses liées à des dispositifs médicaux spécifiques comme les stents. La réalité des délais d'attente prolongés dans le secteur public pousse fréquemment les patients à se tourner vers le privé, où les coûts sont intrinsèquement plus élevés, exacerbant ainsi leur vulnérabilité financière.

L'objectif de cette section est d'explorer en profondeur les différents postes de dépenses qui constituent ce reste à charge pour les soins de cardiologie courants à Bejaia. Nous détaillerons les coûts directs – consultations, programmes de soins hospitaliers, actes de radiologie, analyses médicales, déplacements, et traitements médicamenteux – ainsi que les coûts indirects, notamment les indemnités journalières. Cette analyse vise à dépeindre une estimation réaliste du coût moyen supporté par le malade, en mettant en lumière les disparités notables selon la nature des maladies cardiovasculaires. Elle soulignera l'impact critique de ce fardeau financier sur l'observance thérapeutique et l'accès aux soins, et posera des questions fondamentales sur l'équité du système de santé local.

Le coût moyen des soins de cardiologie à la charge du malade est composé de dépenses directes et indirectes de soins. Il est influencé par plusieurs facteurs, notamment les frais directs liés aux consultations, aux traitements, et aux interventions chirurgicales, le degré de couverture sociale ainsi que les coûts indirects associés à la gestion des maladies cardiaques.

2.1 Coût moyen des dépenses directes de soins

Le coût moyen des dépenses directes de soins en cardiologie comprend plusieurs éléments clés. Il représente la somme des moyennes arithmétiques des différentes dépenses supportées par le malade. Les dépenses directes, renvoient aux consultations médicales, les examens diagnostiques, les traitements médicamenteux et les frais de transport, peuvent représenter une part importante du budget des ménages.

2.1.1. Coût moyen des consultations médicales

Le coût moyen des consultations varie selon la nature de la MCV. Pour les malformations congénitales il est le plus élevé (3 875 Da), tandis que les consultations pour IDM coûtent en moyenne 2 215Da. Il est influencé par la proportion élevée des consultations gratuites du secteur public de soins.

Le nombre de consultations est le plus élevé pour l'infarctus du myocarde (904), ce qui reflète la prévalence de cette pathologie dans la population. Le tableau suivant fourni les données concernant le coût moyen des consultations à charge du malade, par maladie cardiovasculaire (MCV), par malade et par trimestre (en Da).

Tableau n°37: Coût moyen des consultations médicales à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	2215,0442	904	1726,31108
Valvulopathies	1977,8598	542	842,20281
Insuffisance cardiaque	2506,2241	723	1183,75546
Malformations congénitale	3875,0000	96	3631,00682
HTA	2248,6656	637	719,76954
AVC	2277,7778	216	507,31089
Autres	1333,3333	36	956,18289
Total	2292,5808	3154	1393,51568

Source : (Meklat, 2025)

A partir de notre enquête, nous constatons :

- **Les pathologies les plus coûteuses :**
 - Les **malformations congénitales** représentent la charge financière la plus lourde (**3875 DA**), avec un écart-type très élevé qui reflète une grande variabilité des coûts entre les patients,
 - L'**insuffisance cardiaque** arrive en deuxième position (**2506,22 DA**), ce qui s'explique par le caractère chronique et évolutif de cette pathologie.
- **Les pathologies au coût intermédiaire :**
 - L'**IDM** (2215,04 DA), l'**HTA** (2248,67 DA) et l'**AVC** (2277,78 DA) présentent des coûts relativement similaires,
 - La forte dispersion des coûts pour l'**IDM** (écart-type de 1726,31) suggère des parcours de soins très variables.
- **Les pathologies les moins coûteuses :**
 - Les **valvulopathies** (1977,86 DA) et surtout la catégorie "**Autres**" (1333,33DA) apparaissent comme les moins onéreuses,

La dispersion importante des coûts (écart-type total de 1393,52) met en évidence une hétérogénéité significative dans la charge financière supportée par les patients. Cette variabilité s'explique par :

- La complexité et le stade d'évolution des pathologies
- La diversité des protocoles thérapeutiques
- La durée et la fréquence des suivis requis

Cette analyse, couplée aux données précédentes sur les sources de financement, confirme que le **fardeau financier** des soins cardiologiques repose majoritairement sur les patients, avec des implications potentielles sur l'**observance thérapeutique** et l'**accès aux soins** pour les populations les plus vulnérables. D'ailleurs, 77,4% ont souligné avoir des problèmes financiers pour faire face aux consultations médicales.

2.1.2. Coût moyen des programmes de soins hospitaliers

Les programmes de soins hospitaliers en cardiologie regroupent deux catégories :

- **Cardiologie interventionnelle** : Les procédures telles que la coronarographie, l'angioplastie, et le placement de stents sont disponibles pour traiter les obstructions coronaires. Ces interventions sont souvent réalisées en urgence, notamment lors des infarctus du myocarde.
- **Chirurgie cardiaque** : Les hôpitaux disposent de programmes de chirurgie cardiaque pour des interventions complexes, y compris le remplacement valvulaire et les pontages coronaires. Ces opérations sont essentielles pour traiter les maladies cardiaques avancées

Le tableau suivant présente le coût moyen supporté directement par les patients pour les programmes complets de soins en cardiologie, ventilé par type de pathologie cardiovasculaire. L'analyse de ces données fait ressortir des disparités financières considérables selon les maladies.

Tableau n°38: Coût moyen des programmes de soins en cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	17 717,5157	892	99 485,20668
Valvulopathies	76 014,8044	542	251 899,21199
Insuffisance cardiaque	1 377,5934	723	9 288,23736
Malformations congénitale	75 000,0000	96	130 585,72502
HTA	,0000	637	,00000
AVC	,0000	216	,00000
Autres	,0000	36	,00000
Total	20 751,1292	3142	122 882,17824

Source : (Meklat, 2025)

De ce tableau ressort :

- **Les pathologies aux coûts très élevés :**
 - Les **valvulopathies** représentent la charge la plus lourde avec **76 015 DA** en moyenne, accompagnée d'un écart-type extrêmement élevé (251 899), indiquant des différences de coût abyssales entre les patients.
 - Les **malformations congénitales** suivent avec **75 000 DA** en moyenne, qui ont un écart type important de 130 585 Da, renvoie à des disparités importantes entre les coûts supportés par les malades.
- **Pathologies au coût modéré :**
 - L'**IDM** (infarctus) présente un coût moyen de 17 718 DA, mais avec une dispersion très importante (écart-type de 99 485), suggérant des parcours de soins très variables.
- **Pathologies à coût nul ou faible :**
 - L'**insuffisance cardiaque** affiche un coût moyen bas (1 378 DA) grâce à la prise en charge publique gratuite.
 - L'**HTA**, les **AVC** et la catégorie "**Autres**" présentent un coût nul pour les patients. Ces affections ne nécessitent pas de programmes de soins

hospitaliers en cardiologie, ou le sollicitent rarement dans le cadre de l'urgence médicale prise en charge par l'Etat.

Les coûts élevés, en particulier pour les valvulopathies et les malformations congénitales, nécessitent une attention particulière pour améliorer l'accessibilité et l'équité dans les soins de santé. La présence simultanée de coûts faibles ou modérés pour certaines pathologies et de coûts très élevés pour d'autres suggère un système de santé à **deux vitesses**, où certaines affections bénéficient d'une couverture complète tandis que d'autres reposent largement sur le financement direct des patients. Les écarts-types considérables, particulièrement pour les valvulopathies et l'IDM, reflètent une **hétérogénéité** dans la complexité des traitements et les modalités de prise en charge. Le coût exorbitant de certaines pathologies (valvulopathies, malformations) pourrait constituer une **barrière financière majeure** pour les patients les plus modestes, compromettant leur accès à des soins spécialisés pourtant indispensables. Des efforts doivent être faits pour garantir que tous les patients puissent bénéficier des soins nécessaires sans subir de difficultés financières excessives. Tout de même, grâce au recours intense au secteur public pour les soins hospitaliers, 6,5% seulement des malades confirment avoir des problèmes financiers pour faire face aux dépenses directes des programmes de soins de cardiologie.

2.1.3. Coût moyen d'actes de radiologie

Le coût moyen des actes de radiologie varie selon la nature de la MCV et du type de radiologie demandé. Le tableau suivant présente le coût moyen des actes de radiologie supporté directement par les patients atteints de différentes pathologies cardiovasculaires. Les données révèlent des disparités significatives dans les dépenses radiologiques selon les types de maladies. Les données du tableau met en lumière plusieurs disparités :

- **Les pathologies aux coûts radiologiques les plus élevés :**
 - Les valvulopathies présentent le coût moyen le plus important (16 941DA), avec un écart-type très élevé (27 338DA) témoignant d'une grande variabilité des coûts entre les patients,
 - Les malformations congénitales (9 500DA) et l'insuffisance cardiaque (9 079DA) se situent dans une tranche intermédiaire,

- **Les pathologies aux coûts modérés :**
 - L'IDM (7 359 DA) et la catégorie "Autres affections" (8 333 DA) présentent des coûts moyens relativement similaires,
 - L'AVC affiche un coût moyen de **5 306 DA**,
- **La pathologie au coût le plus faible :**
 - L'HTA représente la charge radiologique la plus légère avec **1 607 DA** en moyenne

Tableau n°39: Coût moyen d'actes de radiologie pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	7 358,8496	904	11 894,73344
Valvulopathies	16 940,9594	542	27 337,99908
Insuffisance cardiaque	9 078,8382	723	18 492,72771
Malformations congénitale	9 500,0000	96	12 123,05329
HTA	1 606,9074	637	3 899,25199
AVC	5 305,5556	216	10 174,02834
Autres	8 333,3333	36	11 952,28609
Total	8 173,7476	3154	16 915,22777

Source : (Meklat, 2025)

En outre, l'écart-type total de 16 915 DA, supérieur au coût moyen général (8 174 DA), indique une **hétérogénéité considérable** des dépenses radiologiques entre les patients. Les valvulopathies, nécessitant souvent des imageries spécialisées répétées (échocardiographies, scanners), expliquent leur coût élevé. Ces écarts de coût pour des actes diagnostiques essentiels pourraient influencer la qualité du suivi médical selon la pathologie et les ressources financières des patients.

Cette analyse complète le paysage financier des soins cardiologiques, montrant que les actes de radiologie représentent une **part significative du fardeau économique** supporté par les patients, en plus des coûts de consultations et des programmes de soins. Les coûts élevés, en particulier pour les valvulopathies et les insuffisances cardiaques, nécessitent une

attention particulière pour améliorer l'accessibilité et l'équité dans les soins de santé. Des efforts doivent être faits pour garantir que tous les patients puissent bénéficier des actes de radiologies nécessaires sans subir de difficultés financières excessives. D'ailleurs, 57% des malades se plaignent du coût des actes de radiologie à leur charge.

2.1.4. Coût moyen des analyses médicales

Le coût moyen des analyses médicales varie selon leur nature et fréquence, d'une part ; et selon la nature de la MCV d'autre part. Ce tableau détaille le coût moyen des analyses médicales supporté directement par les patients pour différentes pathologies cardiovasculaires. Avec un échantillon de 3 154 observations, le coût moyen global s'élève à **5 102 DA** par patient et par trimestre. Le coût moyen global s'élève à **5 102,22 DA** par patient et par trimestre. On observe des écarts notables entre les pathologies, avec un coût qui peut varier du simple au presque double. Les « autres MCV » affichent le coût moyen d'analyse médicales le plus élevé, suivi des valvulopathies et des IDM. Le coût moyen des analyses médicales de ces trois MCV se situent au-dessus de la moyenne globale du coût des analyses médicales, associé à une fréquence élevée (notamment IDM et Valvulopathie), l'ampleur financière est confirmée de cette dépense pour les malades.

Tableau n°40 : Coût moyen des analyses médicales pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	5 638,7168	904	8 273,80320
Valvulopathies	5 975,6458	542	5 209,31175
Insuffisance cardiaque	5 140,2490	723	4 462,54011
malformations congénitale	4 437,5000	96	3 366,43650
HTA	3 691,3658	637	3 059,81062
AVC	4 722,2222	216	3 337,82643
autres	6 733,3333	36	2 723,02353
Total	5 102,2194	3 154	5 706,44703

Source : (Meklat, 2025)

Nous constatons une variabilité accrue du coût moyen des analyses médicales par MCV comme suit :

-
- **« Autres MCV »** : Cette catégorie affiche le coût moyen le **plus élevé (6 733,33 DA)**. Cependant, avec un effectif très faible, cette valeur manque de stabilité et doit être interprétée avec prudence. Elle regroupe des pathologies rares nécessitant des bilans biologiques complexes et coûteux.
 - **Valvulopathies** : Elles se placent en deuxième position avec un coût de **5 975,65 DA**. La surveillance et le suivi pré-opératoire ou post-opératoire des valvulopathies requièrent souvent des bilans biologiques poussés et répétés (coagulation, inflammation, fonction rénale), ce qui explique ce coût élevé.
 - **IDM (Infarctus du Myocarde)** : Coût moyen de **5 638,72 DA**. Le suivi post-infarctus implique une surveillance biologique intensive et régulière (troponine, enzymes cardiaques, lipidique, bilan rénal), justifiant ce montant.
 - **Insuffisance cardiaque** : Coût de **5 140,25 DA**. La prise en charge de l'insuffisance cardiaque nécessite un suivi régulier du bilan ionique, de la fonction rénale et des marqueurs cardiaques (comme le BNP ou NT-proBNP), ce qui représente un coût significatif.
 - **AVC (Accident Vasculaire Cérébral)** : Coût moyen de **4 722,22 DA**. Le bilan étiologique d'un AVC (recherche de causes) et son suivi impliquent des analyses nombreuses (bilan lipidique, coagulation, bilan inflammatoire).
 - **Malformations congénitales** : Coût de **4 437,50 DA**. Bien que potentiellement graves, ces pathologies, souvent prises en charge chirurgicalement tôt dans la vie, peuvent avoir un suivi biologique moins lourd à l'âge adulte comparé à d'autres MCV.
 - **HTA (Hypertension Artérielle)** : C'est de nouveau la pathologie avec le **coût le plus bas (3 691,37 DA)**. Le suivi biologique de l'HTA stabilisée est généralement moins lourd et moins fréquent (bilan rénal, ionique), pouvant souvent être réalisé en médecine de ville.

On observe une forte dispersion des données, surtout pour l'IDM (écart-type de 8 273,80, supérieur à la moyenne). Cela indique que pour une même pathologie, certains patients ont des coûts d'analyses très faibles tandis que d'autres supportent des factures extrêmement lourdes. Cette variabilité peut s'expliquer par :

- La sévérité de la maladie : Un patient en phase aiguë ou avec des complications nécessitera un bilan bien plus fourni et répété qu'un patient stable.
- Les comorbidités : La présence d'autres maladies (comme le diabète ou l'insuffisance rénale) complexifie le bilan biologique et augmente son coût.
- Les pratiques médicales : Des différences dans les protocoles de suivi entre médecins ou établissements de santé peuvent influencer le nombre et le type d'analyses prescrites.

Le reste à charge pour les analyses médicales est un poste de dépense très important pour les patients cardiaques. Plus la pathologie est complexe, chronique et sévère (Valvulopathies, IDM, Insuffisance cardiaque), plus le coût des analyses est élevé. L'HTA, pathologie souvent bien contrôlée, reste la moins coûteuse à suivre sur le plan biologique.

La forte dispersion des coûts (écarts-types) souligne des disparités importantes entre patients souffrant de la même maladie. Cela peut refléter des inégalités d'accès à un suivi optimal ou des différences dans la sévérité des cas. Les coûts élevés, en particulier pour les analyses liées aux maladies cardiovasculaires, nécessitent une attention particulière pour améliorer l'accessibilité et l'équité dans les soins de santé. Des efforts doivent être faits pour garantir que tous les patients puissent bénéficier des analyses médicales nécessaires sans subir de difficultés financières excessives. Dans ce sens, 86,7% des malades ont exprimé leurs difficultés financières quant au financement des analyses médicales.

2.1.5. Coût moyen des déplacements

Le coût moyen des déplacements pour les soins de cardiologie varie selon la nature de la MCV, de l'éloignement des structures de soins de cardiologie les plus proches et du moyen de transport utilisé. Ce tableau compare le coût trimestriel moyen des déplacements liés aux soins de cardiologie, supporté directement par les patients, pour différentes maladies cardiovasculaires (MCV). Le coût moyen global est de 2 119,24 Da par patient et par trimestre. On observe des disparités significatives entre les pathologies, avec des coûts allant de moins de 1 000 DA à plus de 2 700 Da.

- **Insuffisance cardiaque** : C'est la pathologie avec le coût moyen le plus élevé (**2726,14 DA**). Cela suggère la nécessité de déplacements fréquents et onéreux, en raison de la chronicité et de la sévérité de la maladie qui requièrent un suivi médical rapproché.

- **Valvulopathies** : Elles se placent en deuxième position avec un coût moyen de **2 633,21 DA**. Le traitement de ces affections nécessite souvent des consultations spécialisées et des examens complexes, expliquant des déplacements coûteux.
- **IDM (Infarctus du Myocarde)** : Coût moyen de **2 271,55 DA**. Le suivi post-infarctus implique des visites de contrôle régulières, ce qui explique les dépenses de transport conséquentes.
- **Malformations congénitales** : Coût de **2 200,00 DA**. Bien que le coût soit élevé, il est important de noter que c'est l'effectif est le plus faible de toutes les catégories significatives, ce qui peut rendre cette moyenne moins stable.
- **AVC (Accident Vasculaire Cérébral)** : Coût moyen de **1 872,22 DA**. La rééducation et le suivi neurologique et cardiaque après un AVC justifient ce montant.
- **HTA (Hypertension Artérielle)** : C'est la pathologie avec le **coût le plus bas (915,54 DA)**. Cela s'explique par le fait que l'HTA, une fois stabilisée, nécessite généralement un suivi moins spécialisé et moins fréquent qui peut être assuré par un médecin généraliste, limitant ainsi les déplacements longs et coûteux.
- **Autres** : Cette catégorie, avec un coût de 933,33 DA et un très faible effectif, renvoie à des affections moins fréquentes, parfois non chroniques qui ne nécessitent pas un long suivi, d'où moins de déplacements.

S'agissant de la dispersion des données, l'écart-type est très élevé pour presque toutes les pathologies (sauf HTA et "autres MCV"), souvent supérieur à la moyenne elle-même (ex : Insuffisance cardiaque : moyenne 2 726 DA, écart-type 7 763 DA). Cela indique une dispersion extrême des données, et que les coûts individuels des patients varient énormément au sein d'une même catégorie de MCV. La "moyenne" masque des réalités très différentes : certains patients ont des coûts très faibles, tandis que d'autres supportent des frais de déplacement exorbitants. Ceci est dû à :

- **L'éloignement géographique** par rapport aux centres de soins spécialisés en cardiologie (CHU Bejaia, cliniques et cabinets de soins de cardiologie).
- **La sévérité de la maladie** qui impose des déplacements plus fréquents ou vers des centres plus lointains et spécialisés.

- Les différences de modes de transport utilisés.

Tableau n°41: Coût moyen des déplacements pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	2271,5487	904	5857,02571
Valvulopathies	2633,2103	542	7297,97812
Insuffisance cardiaque	2726,1411	723	7763,02907
Malformations congénitale	2200,0000	96	2216,11324
HTA	915,5416	637	640,41817
AVC	1872,2222	216	2134,58055
Autres MCV	933,3333	36	764,94631
Total	2119,2391	3154	5810,39664

Source : (Meklat, 2025)

La forte dispersion des coûts (écarts-types élevés) est un indicateur fort d'inégalités territoriales. Les patients vivant loin des centres hospitaliers universitaires ou spécialisés sont nettement plus pénalisés financièrement pour accéder aux soins dont ils ont besoin.

Les pathologies nécessitant un suivi à long terme et chronique (insuffisance cardiaque, valvulopathies) génèrent des coûts de déplacement plus élevés que les pathologies comme l'HTA, souvent bien gérées en médecine de ville.

Le tableau ci-dessus met en lumière les coûts associés aux déplacements pour les soins de cardiologie à charge des malades. Les coûts élevés, en particulier pour les déplacements liés aux maladies cardiovasculaires, nécessitent une attention particulière pour améliorer l'accessibilité et l'équité dans les soins de santé. Des efforts doivent être faits pour garantir que tous les patients puissent bénéficier des soins nécessaires sans subir de difficultés financières excessives. Or, 7% seulement des malades considèrent les frais de déplacement comme source de problèmes financiers. Ceci est dû au fait que la majorité des malades n'inclut pas les frais de déplacement dans leur évaluation des dépenses de soins.

2.1.6. Coût moyen des traitements médicamenteux

Le coût moyen des traitements médicamenteux varie selon la nature de la MCV. Les données révèlent des disparités importantes dans la charge financière des médicaments selon le type de pathologie.

Tableau n°42: Le coût moyen des traitements médicamenteux pour soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	7701,0619	904	15659,79524
Valvulopathies	7335,0554	542	10804,56482
Insuffisance cardiaque	14773,4440	723	76356,34930
Malformations congénitale	3750,0000	96	4923,15688
HTA	2750,7064	637	4485,03665
AVC	4519,4444	216	7253,65933
Autres MCV	16666,6667	36	12649,11064
Total	8023,7666	3154	38130,15277

Source : (Meklat, 2025)

En dépit d'une prise en charge à 100% des dépenses de médicament par la sécurité sociale, les malades financent en moyenne 8 000 DA de médicaments par trimestre et par malade. En effet, trois catégories ressortent :

- **Les pathologies aux coûts les plus élevés :**
 - La catégorie "**Autres MCV**" présente le coût moyen le plus élevé (**16 667 DA**). Cette catégorie renvoie à des maladies rares avec des traitements complexes et coûteux.
 - **L'insuffisance cardiaque** arrive en deuxième position avec **14 773 DA**, mais avec un écart-type extrêmement élevé (76 356 DA) qui reflète des différences considérables entre patients.
- **Pathologies aux coûts intermédiaires :**
 - **L>IDM (7 701 DA)** et les **valvulopathies (7 335 DA)** présentent des coûts proches de la moyenne générale

- L'AVC affiche un coût moyen de **4 519 DA**
- **Pathologies aux coûts les plus faibles :**
- Les **malformations congénitales (3 750 DA)** et l'**HTA (2 751 DA)** représentent les charges médicamenteuses les plus légères

L'écart-type total de 38 130 DA, nettement supérieur à la moyenne générale (8 024 DA), indique une **hétérogénéité extrême** des coûts médicamenteux entre les patients. Cette dispersion est particulièrement marquée pour l'insuffisance cardiaque. Le coût élevé des traitements pour l'insuffisance cardiaque s'explique par la **chronicité** de cette pathologie et la nécessité d'associations médicamenteuses multiples et prolongées. En ajoutant ce poste de dépense aux coûts précédemment analysés (consultations, analyses, radiologie, programmes de soins), le **fardeau financier global** des patients cardiologiques apparaît considérable et potentiellement insoutenable pour les ménages modestes. D'ailleurs, 43% des malades considèrent que le coût des traitements médicamenteux est une source de difficulté financière pour eux. Les coûts élevés, en particulier pour les traitements liés à l'insuffisance cardiaque et aux autres maladies cardiovasculaires, nécessitent une attention particulière pour améliorer l'accessibilité et l'équité dans les soins de santé.

2.2. Le coût moyen des dépenses indirectes de soins

Le coût moyen des indemnités journalières varie selon la nature de la MCV. Une analyse détaillée des résultats obtenus révèle des disparités financières significatives dans le coût des indemnités journalières supporté par les patients atteints de différentes maladies cardiovasculaires.

Tableau n°43: Le coût moyen des indemnités journalières causées par les soins de cardiologie à charge du malade, par MCV, par malade et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	3513,9013	892	6239,50590
Valvulopathies	4195,5720	542	10451,03621
Insuffisance cardiaque	2473,0290	723	4429,53823
malformations congénitale	19750,0000	96	22102,63142
HTA	1268,4458	637	2498,77195
AVC	1000,0000	216	2139,33265
Autres MCV	,0000	36	,00000
Total	3219,7327	3142	7785,74884

Source : (Meklat, 2025)

La première constatation est l'écart considérable entre les pathologies, avec un coût moyen global de 3 219,73 DA qui masque en réalité des situations extrêmement contrastées. Le cas des malformations congénitales se distingue, affichant un coût moyen de 19 750 DA, soit plus de six fois la moyenne générale, due à l'absentéisme prolongé des malades et/ou des parents à cause des interventions chirurgicales lourdes. Cette valeur exceptionnelle s'accompagne d'un écart type très élevé (22 102,63 DA), ce qui indique une variabilité extrême des coûts entre les patients. Cette dispersion suggère que certains patients font face à des frais catastrophiques, liés à des interventions chirurgicales complexes et des suivis à long terme, comparé à d'autres MCV.

Les valvulopathies et l'infarctus du myocarde (IDM) constituent un deuxième groupe de pathologies aux coûts modérés mais présentant une forte variabilité. Les valvulopathies, avec un coût moyen de 4 195,57 DA, se caractérisent par la plus forte dispersion relative après les malformations congénitales, reflétant la diversité des traitements, allant de la surveillance médicale simple au remplacement valvulaire chirurgical. L'IDM, qui représente le plus grand effectif, présente un coût moyen de 3 513,90 DA et une variabilité importante, illustrant la différence entre un infarctus simple et un cas compliqué nécessitant des interventions multiples. Ces deux pathologies montrent que même pour des affections courantes, le fardeau financier pour le patient reste imprévisible et potentiellement lourd.

À l'opposé, les pathologies les plus fréquentes comme l'hypertension artérielle (HTA) et l'insuffisance cardiaque présentent des coûts moyens nettement inférieurs à la moyenne générale. L'HTA, avec 1 268,45 DA, affiche l'écart type le plus faible des maladies communes, ce qui s'explique par des parcours de soins et des coûts relativement standardisés. L'insuffisance cardiaque présente un coût modéré de 2 473,03 DA, mais avec une variabilité non négligeable, due aux différences dans la sévérité de la maladie et la fréquence des hospitalisations. L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) enregistre le coût le plus bas parmi les pathologies identifiées (1 000 DA). Cette forte variabilité dépend aussi de l'âge du malade et de sa situation professionnelle lui et le membre de sa famille lui assurant la compagnie (conjoint, parent ou descendant). Enfin, la catégorie « Autres MCV » avec un coût et un écart type nuls, ces affections rares sont de courtes durées de traitement, pour qui les malades actifs bénéficient d'un arrêt de travail couvert par la sécurité sociale, et ne nécessitant aucun assistanat.

Ces résultats soulignent le fardeau financier des maladies cardiovasculaires est doublement inégal : il varie énormément d'une pathologie à l'autre, mais aussi, de manière tout aussi cruciale, au sein d'une même pathologie. La moyenne générale est fortement

influencée par un petit nombre de cas très coûteux, tandis que la majorité des patients supportent des coûts plus faibles, mais néanmoins significatifs. Cette analyse met en lumière l'importance de politiques de santé ciblées pour protéger les patients confrontés aux pathologies les plus lourdes et les plus imprévisibles financièrement. D'ailleurs, uniquement 4,6% seulement ont souligné cette perte comme source de difficulté financière à leur accessibilité aux soins.

2.3. Le coût moyen global des dépenses de soins de cardiologie

Il synthétise l'ensemble des dépenses directes et indirectes par pathologie et par malade pour un trimestre. Les résultats de notre enquête révèlent la structure détaillée du fardeau financier supporté par les patients atteints de trois principales maladies cardiovasculaires. Il met en lumière des disparités fondamentales non seulement dans le montant total, mais surtout dans la nature même des dépenses engagées par les malades.

Tableau n°44 : Coût moyen global pour soins de cardiologie par nature de MCV à charge du malade, par malade et par trimestre (en Da)

		IDM	Valvulopathies	Insuffisance cardiaque
Dépenses directes	Consultations	2 215,04	1 977,86	2 506,22
	Programmes de soins	17 717,52	76 014,8	1 377,59
	Actes de radiologie	7 358,85	16 940,96	9 078,84
	Analyse médicale	5 638,72	5 975,65	5 140,25
	Déplacements	2 271,55	2 633,21	2 726,14
	Médicaments	7 701,06	7 335,05	14 773,44
	Dépenses moyennes directes de soins de cardiologie	41 902,1	110877,53	35 602,48
Dépenses indirectes	Indemnités journalières	3 513,9	4 195,57	2473
	Coût moyen total du reste à charge (out of pocket)	46 416,64	115 073,1	38 075,48

Source : (Meklat, 2025)

Le cas des **valvulopathies** se démarque par son coût total exorbitant de 115 073,10 DA par patient et par trimestre, un montant plus du double de celui de l'IDM et trois fois supérieur à celui de l'insuffisance cardiaque. Cette différence s'explique presque entièrement par le poste spécifique des **programmes de soins**, qui atteint la somme vertigineuse de 76 014,80 DA. Ce chiffre résulte de la prise en charge des valvulopathies qui repose sur des actes médicaux lourds, chirurgicaux (remplacements valvulaires), des procédures interventionnelles complexes ou des hospitalisations répétées et onéreuses, dont le coût est majoritairement supporté par le patient.

Les actes de radiologie (16 940,96 DA) viennent confirmer l'importance des investigations et suivis techniques spécialisés dans cette pathologie. En contraste frappant, le profil de dépenses de l'**insuffisance cardiaque** présente une structure radicalement différente. Si son coût total est le plus bas des trois (38 075,48 DA), il est dominé de manière écrasante par le poste **médicaments**, qui s'élève à 14 773,44 DA et représente à lui seul près de 40% des dépenses directes. Ceci est parfaitement cohérent avec la nature chronique et évolutive de cette pathologie qui nécessite une polythérapie médicamenteuse continue et souvent lifelong (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, bêta-bloquants, diurétiques, etc.). La relative modicité des programmes de soins (1 377,59 DA) indique une prise en charge ambulatoire et médicamenteuse plutôt que procédurale. Cependant, le coût significatif des actes de radiologie (9 078,84 DA) reflète très probablement la nécessité de suivis réguliers par échocardiographie ou autres imageries pour surveiller la fonction cardiaque.

La situation de l'**IDM** (Infarctus du Myocarde) se positionne comme une voie médiane, avec un coût total de 46 416,64 DA. Sa structure de coûts est la plus équilibrée, sans la dominance extrême d'un seul poste. On observe un poids substantiel des **programmes de soins** (17 717,52 DA), qui incluent vraisemblablement le coût des procédures de revascularisation en phase aiguë (angioplastie, pose de stent), ainsi que des **médicaments** (7 701,06 DA) et des **actes de radiologie** (7 358,85 DA) pour le suivi. Cette répartition reflète la double temporalité de la prise en charge de l'IDM : un volet aigu et interventionnel immédiat, suivi d'un volet chronique de prévention secondaire.

La comparaison entre les dépenses directes de soins et les indemnités journalières est particulièrement édifiante. Pour toutes les pathologies, les indemnités journalières, qui représentaient le seul indicateur du Tableau 44, ne constituent en réalité qu'une fraction mineure du fardeau financier total. Elles ne représentent que 7,6% du coût total pour l'IDM,

3,6% pour les valvulopathies et 6,5% pour l'insuffisance cardiaque. Cela démontre de manière criante que se focaliser sur les seules indemnités journalières revient à ignorer l'essentiel du poids économique qui pèse sur les patients, lequel réside dans le coût direct des soins et des traitements. Ces résultats dévoilent trois situations financières distinctes.

Les valvulopathies sont des pathologies caractérisées par des dépenses procédurales massives et ponctuelles. L'insuffisance cardiaque est une pathologie de saignée financière continue, dominée par le coût chronique des médicaments. L'IDM, quant à elle, combine un choc initial suivi d'une charge continue modérée. Cette analyse souligne la nécessité absolue d'une politique de prise en charge financière ciblée et différenciée, car la vulnérabilité économique des patients n'est ni uniforme, ni due aux mêmes facteurs selon la maladie dont ils souffrent.

Le constat le plus marquant qui ressort de ces résultats est l'existence d'un fardeau financier à plusieurs vitesses, où le coût total supporté par le malade varie selon la MCV, allant de 12 481,64 DA pour l'Hypertension Artérielle (HTA) à un montant de 118 512,5 DA pour les Malformations congénitales. Cette dernière pathologie se singularise comme la plus financièrement catastrophique, son coût étant près de dix fois supérieur à celui de l'HTA. Les Valvulopathies (115 073,1 DA) confirment cette réalité des pathologies lourdes et très coûteuses, formant avec les malformations congénitales un duo distinct qui expose les patients à un risque d'appauvrissement extrême.

La structure même de ces coûts révèle des dynamiques économiques très différentes selon la pathologie. Pour les **Malformations congénitales** et les **Valvulopathies**, le poste budgétaire écrasant est celui des "**Programmes de soins**" (75 000 DA et 76 014,8 DA respectivement). Ce terme désigne des actes chirurgicaux lourds, des procédures interventionnelles complexes et des hospitalisations de longue durée. Le fait que ce poste soit marginal ou nul pour les autres pathologies (0 pour HTA et AVC, 1 377,59 DA pour l'Insuffisance cardiaque) souligne le clivage entre les maladies nécessitant une médecine interventionnelle coûteuse et les autres.

L'analyse fait ressortir la situation extrême des malformations congénitales, qui constituent un cas à part, tant par l'ampleur que par la structure des coûts. Avec un coût moyen total de 118 512,5 DA par patient et par trimestre, cette pathologie représente le fardeau financier absolu, un fardeau près de dix fois supérieur à celui de l'HTA. Cette dépense est principalement causée par les dépenses directes de soins (98 762,5 DA), et plus

spécifiquement par les programmes de soins hospitaliers qui, à 75 000 DA, représentent à lui seul les trois quarts du coût direct. Cela indique sans équivoque que la prise en charge des malformations congénitales repose sur des actes médicaux lourds, des interventions chirurgicales correctives complexes, des hospitalisations prolongées et des suivis spécialisés intensifs, dont le coût est massivement supporté par le patient et sa famille.

Tableau n°45 : Coût moyen global pour soins de cardiologie par nature de MCV à charge du malade, par malade et par trimestre (en Da) (suite)

		Malformation congénitale	HTA	AVC	Autres
Dépenses directes	Consultations	3 875	2 248,67	2 277,78	1 333,33
	Programmes de soins	75 000	0	0	0
	Actes de radiologie	9 500	1 606,91	5 305,56	8 333,33
	Analyse médicale	4 437,5	3 691,37	4 722,22	6 733,33
	Déplacements	2 200	915,54	1 872,22	933,33
	Médicaments	3 750	2 750,71	4 519,44	16 666,67
	Dépenses moyennes directes de soins de cardiologie	98 762,5	11 213,2	18 697,22	34 000
Dépenses indirectes	Indemnités journalières	19 750	1 268,44	1 000	0
	Coût moyen total du reste à charge (out of pocket)	118 512,5	12 481,64	19 697,22	34 000

Source : (Meklat, 2025)

À l'opposé, l'HTA et l'AVC présentent des profils de coûts beaucoup plus modérés, bien que structurés différemment. L'HTA, avec le coût total le plus bas (12 481,64 DA), est caractérisée par une dépense directe faible (11 213,2 DA) et une absence totale de coût pour

les Programmes de soins hospitaliers. Sa prise en charge repose sur un suivi ambulatoire standardisé, comme en témoignent les postes de consultations et de médicaments les plus importants. Pour l'AVC, le coût total est plus élevé (19 697,22 DA), avec une dépense directe presque double de celle de l'HTA. Cette différence s'explique par des postes plus coûteux en actes de radiologie (5 305,56 DA) et en analyses médicales (4 722,22 DA), reflétant très probablement le besoin d'imagerie cérébrale et de bilans biologiques poussés pour le diagnostic et le suivi de la maladie. La catégorie "Autres MCV" avec un coût total de 34 000 DA, présente le poste "Médicaments" le plus élevé de tout le tableau (16 666,67 DA), ce qui renvoie à des pathologies chroniques rares ou complexes nécessitant des traitements pharmacologiques extrêmement onéreux. Le coût non négligeable des actes de radiologie (8 333,33 DA) vient appuyer la nécessité d'un suivi technique rigoureux.

En outre, la comparaison entre dépenses directes et indirectes confirme une tendance observée pour toutes ces pathologies, le reste à charge des malades est majoritairement constitué par le coût direct des soins. Les indemnités journalières, représentent moins de 10% du coût total pour la quasi-totalité des pathologies, et seulement 3,6% pour les Valvulopathies, pourtant très onéreuses. Cela souligne que le principal risque financier pour le patient ne réside pas dans la perte de revenus, mais bien dans le paiement direct des actes médicaux, des médicaments et des hospitalisations. Ce qui souligne le fardeau que représentent les malformations congénitales pour les familles, en raison de coûts procéduraux extrêmement élevés. Il confirme également que des pathologies plus courantes comme l'HTA et l'AVC, bien que moins ruineuses, imposent tout de même un poids financier non négligeable et structuré différemment. Enfin, la catégorie "Autres MCV" rappelle l'existence d'un fardeau financier lié à des traitements médicamenteux chroniques mais très coûteux, un aspect crucial pour une couverture maladie universelle et équitable.

Par ailleurs, pour les pathologies chroniques comme l'**Insuffisance cardiaque** et l'**HTA**, le poids principal provient des **médicaments**. L'insuffisance cardiaque présente même le poste médicamenteux le plus élevé de toutes les pathologies (14 773,44 DA), ce qui est cohérent avec sa prise en charge qui repose sur une polythérapie lourde et continue. L'**AVC** et l'**IDM** présentent des profils de coûts plus équilibrés, avec des dépenses significatives réparties entre les médicaments, les actes de radiologie et, pour l'**IDM**, les programmes de soins initiaux.

Cette analyse détaillée révèle que le reste à charge en cardiologie est un phénomène multidimensionnel. Il existe non pas une, mais plusieurs réalités financières pour les patients, structurées autour de la nature de leur pathologie : des MCV très onéreuses pour les maladies procédurales (malformations, valvulopathies), des maladies de saignée financière continue pour les maladies chroniques (insuffisance cardiaque, HTA), et des maladies hybrides (IDM, AVC). Une politique de protection financière efficace doit donc impérativement être ciblée et différenciée, en priorisant la prise en charge des actes lourds et des traitements chroniques onéreux qui constituent l'essentiel du fardeau supporté par les malades.

2.3.1. Part des dépenses moyennes directes de soins de cardiologie dans les dépenses totales de soins des ménages

La part des dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie varie considérablement selon la nature de la MCV. Pour la majorité des pathologies cardiaques, la part des dépenses directes de soins de cardiologie dans les dépenses totales de santé (DTS) est très élevée, dépassant souvent 80%. Cela signifie que, pour ces malades, la quasi-totalité de leurs dépenses de santé concerne la prise en charge de leur pathologie cardiaque. Le tableau suivant met en évidence la prépondérance des dépenses de cardiologie dans le budget santé des ménages touchés par des maladies cardiovasculaires, en particulier pour les pathologies lourdes.

Tableau n°46 : Part des dépenses moyennes directes du malade en soins de cardiologie dans les dépenses totales de santé du ménage, par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	DTS	Dépenses moyennes directes de soins de cardiologie	%
IDM	49 527,32	41 902,1	84,6%
valvulopathies	148 150,92	110877,53	74,84
Insuffisance cardiaque	39 782,57	35 602,48	89,5
malformations congénitale	117 937,50	98 762,5	83,74
HTA	20 763,11	11 213,2	54,01
AVC	52 011,11	18 697,22	35,95
autres	37 000,00	34 000	91,89

Source : (Meklat, 2025)

Des résultats de notre enquête ressort :

❖ **Les pathologies à forte charge financière**

- **Insuffisance cardiaque (89,5%), autres pathologies cardiaques (91,89%), IDM (84,6%), malformations congénitales (83,74%)** : Ces pathologies représentent une charge financière très lourde pour les ménages, la majorité de leurs dépenses de santé étant absorbée par les soins cardiologiques.
- **Valvulopathies (74,84%)** : Bien que le pourcentage soit légèrement inférieur, le montant absolu des dépenses est le plus élevé (110 877,53 Da/trimestre/malade), ce qui traduit une prise en charge particulièrement coûteuse.

❖ **Les pathologies à charge modérée ou faible**

- **HTA (54,01%)** : L'hypertension artérielle, bien que fréquente, représente une part moindre des dépenses totales de santé, ce qui peut s'expliquer par des coûts de suivi et de traitement généralement moins élevés que pour les pathologies nécessitant des interventions lourdes.
- **AVC (35,95%)** : Les accidents vasculaires cérébraux affichent la part la plus faible. Cela peut s'expliquer par le fait que la prise en charge post-AVC implique souvent d'autres types de soins (rééducation, neurologie, etc.) qui ne relèvent pas exclusivement de la cardiologie.

Les ménages dont un membre souffre d'une pathologie cardiaque lourde (IDM, insuffisance cardiaque, valvulopathie, malformation congénitale) sont particulièrement exposés à un risque de précarisation, car la majorité de leurs dépenses de santé est absorbée par la cardiologie. En effet, ces résultats soulignent l'importance d'un renforcement de la couverture sociale et de la prise en charge par la sécurité sociale, notamment pour les pathologies à forte charge financière. Les pathologies les plus coûteuses risquent de générer des inégalités d'accès aux soins, surtout pour les ménages à faibles revenus.

2.3.2. Part des dépenses moyennes directes de soins de cardiologie des ménages dans leurs revenus moyens

La part des dépenses moyennes directes des ménages pour les soins de cardiologie par rapport à leur revenu moyen variée considérablement selon la nature de la MCV. Le pourcentage indique la part du revenu trimestriel moyen absorbée par les dépenses directes

de soins de cardiologie pour chaque type de maladie cardiovasculaire (MCV). Plus ce pourcentage est élevé, plus la charge financière est lourde pour le ménage.

Tableau n°47 : Part des dépenses moyennes directes des ménages en soins de cardiologie dans leur revenu moyen, par trimestre et par malade (en Da)

Nature de la MCV	Revenu Moyen	Dépenses moyennes directes de soins de cardiologie	%
IDM	171 318,58	41 902,1	24,45
Valvulopathies	178 538,75	110 877,53	62,1
Insuffisance cardiaque	186 626,56	35 602,48	19,1
Malformations congénitale	222 000,00	98 762,5	44,49
HTA	192 158,24	11 213,2	5,83
AVC	188 166,67	18 697,22	9,94
Autres	127 000,00	34 000	26,77

Source : (Meklat, 2025)

A partir de ces résultats, nous constatons deux tendances de charges financières :

❖ **Les pathologies à très forte charge financière**

- **Valvulopathies (62,1%)** : Les ménages concernés consacrent plus de 60% de leur revenu trimestriel aux soins de cardiologie, ce qui représente un niveau de vulnérabilité financière extrême et un risque élevé de précarisation.
- **Malformations congénitales (44,49%)** : Près de la moitié du revenu trimestriel est absorbée par les soins, ce qui est également très préoccupant.

❖ **Les pathologies à charge financière modérée**

- **IDM (24,45%) et autres pathologies (26,77%)** : Un quart du revenu trimestriel est consacré aux soins, ce qui reste une charge importante, susceptible d'impacter le niveau de vie du ménage.
- **Insuffisance cardiaque (19,1%)** : Près d'un cinquième du revenu est absorbé, ce qui reste significatif.

❖ Les pathologies à charge financière faible

- **HTA (5,83%) et AVC (9,94%)** : Les dépenses de soins de cardiologie représentent moins de 10% du revenu trimestriel, ce qui reste relativement supportable pour la majorité des ménages.

Les **valvulopathies** et les **malformations congénitales** sont de loin les plus coûteuses en proportion du revenu, ce qui peut entraîner un renoncement aux soins ou un appauvrissement des ménages concernés. Les pathologies comme l'**HTA** et l'**AVC** sont moins lourdes financièrement, probablement en raison de traitements moins coûteux ou d'une prise en charge plus efficace. Cette situation représente plusieurs implications sanitaires et sociales :

- **Un risque de précarisation** : Les ménages touchés par les pathologies les plus coûteuses sont exposés à un risque élevé de précarisation, voire de basculement dans la pauvreté.
- **Une inégalité d'accès** : Les différences de charge financière selon la pathologie peuvent accentuer les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les maladies nécessitant des interventions lourdes ou des traitements coûteux.
- **Une nécessité de soutien renforcé** : Ces résultats soulignent l'urgence de renforcer la couverture sociale et les dispositifs d'aide pour les pathologies à forte charge financière.

Le tableau précédent met en lumière la lourde charge financière que représentent les soins de cardiologie pour certains ménages, en particulier ceux confrontés à des valvulopathies ou des malformations congénitales. Pour ces familles, l'accès aux soins peut devenir un véritable défi économique, menaçant leur stabilité financière. Il est donc essentiel de renforcer les mécanismes de protection sociale, d'améliorer la prise en charge des pathologies les plus coûteuses et de réduire le reste à charge pour garantir l'équité d'accès aux soins cardiologiques.

L'étude approfondie du coût moyen des soins de cardiologie supporté par les patients à Bejaia révèle une réalité financière complexe et hétérogène, lourde de conséquences pour les ménages. Le "reste à charge" ne se manifeste pas de manière uniforme, mais est profondément influencé par la spécificité de chaque pathologie cardiovasculaire. Les

valvulopathies et les malformations congénitales se distinguent comme les affections les plus onéreuses, avec un coût moyen global pouvant atteindre des sommets (plus de 115 000 DA et 118 000 DA respectivement par trimestre), principalement imputable aux "programmes de soins" hospitaliers et aux interventions lourdes.

Inversement, l'insuffisance cardiaque illustre le poids écrasant des traitements médicamenteux chroniques (14 773 DA par trimestre), tandis que des pathologies comme l'IDM combinent un choc initial lié aux procédures d'urgence et une charge continue modérée. Il est également flagrant que, pour la quasi-totalité des MCV, l'essentiel du fardeau financier réside dans les dépenses directes de soins, les indemnités journalières ne représentant qu'une fraction marginale du coût total, et parfois même sous-estimées par les patients dans leur perception des difficultés financières (seulement 7% pour les déplacements par exemple).

Ces données ont des implications cruciales pour la population de Bejaia, soulignant un risque élevé de précarisation des ménages, particulièrement ceux dont un membre est atteint de valvulopathies (62,1% du revenu trimestriel consacré aux soins) ou de malformations congénitales (44,49%). Une inégalité flagrante d'accès aux soins est ainsi mise en évidence, où la situation financière du patient peut devenir une barrière infranchissable. Il devient donc impératif, pour le système de santé algérien et spécifiquement à Bejaia, d'élaborer des politiques de protection financière ciblées et différenciées. Le renforcement de la couverture sociale, l'amélioration de la prise en charge des actes médicaux lourds et des traitements chroniques onéreux sont indispensables pour alléger ce fardeau, garantissant ainsi que l'accès aux soins cardiologiques vitaux ne dépende pas de la capacité financière des patients

Section 3 : Impact du coût des soins de cardiologie sur l'appauvrissement des ménages

Cette section développera l'impact du coût des soins de cardiologie sur l'équilibre et la résilience des ménages. Loin d'être une simple contrainte financière, les dépenses de santé liées aux maladies cardiovasculaires (MCV) se transforment trop souvent en un facteur d'appauvrissement systémique, dépassant pour une majorité de familles le seuil critique des dépenses catastrophiques – fixé par l'OMS à plus de 10% du revenu après impôts. Ce constat, déjà alarmant, est accentué par la prise en compte des dépenses de contraintes

incompressibles, qui réduisent drastiquement le revenu disponible et rendent les soins encore plus inaccessibles.

Notre analyse détaillée explorera non seulement les mécanismes par lesquels ces coûts érodent le pouvoir d'achat et la sécurité financière, mais aussi les conséquences sociales qui en découle. Nous examinerons la réalité douloureuse du renoncement aux soins, les répercussions profondes sur la qualité de vie des malades et de leurs proches, et l'isolement social qu'engendre la précarité. Enfin, cette section mettra en lumière la perception poignante des patients eux-mêmes face à cette inaccessibilité financière, soulignant l'urgence d'une réflexion globale sur les dispositifs de protection sociale et la nécessité d'une solidarité accrue face à la maladie chronique.

3.1. Dépenses catastrophiques en soins de cardiologie

Les dépenses catastrophiques en soins de santé se réfèrent à des situations où les coûts des soins médicaux dépassent un certain seuil du revenu d'un ménage, entraînant des difficultés financières significatives. Ces dépenses peuvent avoir des conséquences graves sur la santé et le bien-être des individus et des familles, en particulier dans le contexte des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires. Les dépenses catastrophiques sont généralement définies comme des dépenses de santé qui représentent plus de 10 % du revenu total d'un ménage après impôts, selon l'OMS (OMS, 2000) et la banque mondiale (World Bank, 2006). Dans ce sens, en se référant au seuil de 10%, seuls les ménages ayant un membre atteint d'hypertension artérielle ou d'un Accident Vasculaire Cérébrale (soit 27,04%) ont des dépenses de soins de cardiologie non catastrophiques. Le reste des ménages soit 72,96% ayant un membre souffrant d'autres MCV (IDM, valvulopathie, insuffisance cardiaque, malformations congénitales et autre MCV) ont des dépenses catastrophiques. Or, si on tiens compte des dépenses de contraintes, le revenu disponible au ménages diminue, et les dépenses de soins de cardiologie devient encore inaccessibles pour beaucoup de malades.

3.1.1. Calcul des dépenses de contraintes moyennes des ménages

Le tableau suivant présente la **dépense de contrainte moyenne** (c'est-à-dire la dépense incompressible ou difficilement évitable) supportée par les ménages, classée par maladie cardiovasculaire (MCV), calculée par ménage et par trimestre, à Bejaia. Il s'agit d'une estimation du coût financier que chaque ménage doit consacrer, en moyenne, pour faire face aux dépenses de contrainte indépendamment de la dépense liée à la maladie d'un de ses membres.

Les dépenses de contraintes se réfèrent aux coûts que les ménages doivent supporter pour satisfaire des besoins essentiels. Ces dépenses sont généralement inévitables pour maintenir un niveau de vie minimal. Ils incluent les coûts liés à l'alimentation, au logement et aux services extérieurs essentiels (électricité, gaz et eau).

Tableau n°48 : Dépenses de contraintes moyenne par MCV, par ménage et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	138 105,19	904	74 355,15
Valvulopathies	123 927,82	542	59 104,14
Insuffisance cardiaque	128 946,9	723	76 296,63
malformations congénitales	169 837,50	96	97 881,48
HTA	146 378,46	637	91 479,61
AVC	132 222,22	216	55 847,74
Autres MCV	112 000	36	54 908,23
Total	135 505,41	3154	76 421,65

Source : (Meklat, 2025)

La dépense de contrainte moyenne trimestrielle par ménage varie de 112 000 DA à près de 170 000 DA. La moyenne générale s'élève à 135 505 DA par trimestre, soit plus de 45 000 DA par mois, ce qui représente une charge financière très lourde pour la majorité des ménages algériens à faible revenu.

3.1.2. Le calcul du revenu disponible moyen des ménages

Ce tableau présente le **revenu disponible moyen** par ménage pour chaque type de maladie cardiovasculaire (MCV) à Bejaia, calculé par trimestre. Le revenu disponible est un indicateur clé qui reflète la capacité financière des ménages à faire face aux dépenses de santé après avoir réglé les besoins essentiels sur les revenus totaux. Le **revenu disponible moyen** varie considérablement selon le type de MCV, allant de **15 000 DA** pour les "autres MCV" à **57 679 DA** pour l'insuffisance cardiaque. En effet, le revenu disponible moyen pour l'ensemble des 3 154 ménages de l'échantillon s'élève à **46 962,50 Da** par trimestre. Cependant, cette moyenne générale masque d'importantes disparités selon les pathologies.

Tableau n°49 : Calcul du revenu disponible moyen par MCV, par ménage et par trimestre (en Da)

Nature de la MCV	Moyenne	N	Ecart type
IDM	33 213,4	904	92 640,45
Valvulopathies	54 610,92	542	111 679,67
Insuffisance cardiaque	57 679,67	723	135 626,12
Malformations congénitales	52 162,50	96	37 536,81
HTA	45 779,78	637	96 619,25
AVC	55 944,44	216	113 278
Autres MCV	15 000	36	37 677,58
Total	46 962,5	3154	108 329,11

Source : (Meklat, 2025)

Les ménages confrontés à une insuffisance cardiaque et aux valvulopathies déclarent les revenus moyens les plus élevés, respectivement 57 679,67 Da et 54 610,92 Da, dépassant significativement la moyenne totale. Les ménages touchés par un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et les malformations congénitales se situent également au-dessus de cette moyenne, avec environ 55 944,44 Da et 52 162,50 Da.

A l'inverse, les ménages où la pathologie est une Hypertension Artérielle (HTA) ou, surtout, ceux catégorisés sous l'intitulé générique "IDM" (Infarctus du Myocarde présumé) présentent des revenus moyens bien inférieurs (45 779,78 Da et 33 213,38 Da). La catégorie "Autres MCV" enregistre le revenu moyen le plus bas (15 000,00 Da).

Un élément frappant est la valeur très élevée de l'écart type pour presque toutes les catégories, systématiquement supérieure à la moyenne (à l'exception des malformations congénitales). Cela indique une dispersion extrême des données : au sein de chaque groupe de MCV, les revenus des ménages varient énormément, des revenus très modestes à des revenus très élevés. Cette forte hétérogénéité suggère que le type de pathologie cardiovasculaire n'est pas, en soi, un déterminant du niveau de revenu. D'autres facteurs socio-économiques (profession, niveau d'instruction, nombre des membres du ménage actif, accès aux aides familiales, patrimoine, situation géographique) influencent de manière majeure le revenu disponible, indépendamment de la maladie spécifique.

Ce tableau révèle des écarts de revenu moyen significatifs entre les ménages, selon la MCV, avec des pathologies comme l'insuffisance cardiaque ou les valvulopathies associées à des revenus moyens plus élevés. Cette disparité augmente le risque de précarisation des revenus disponibles relativement bas pour certaines pathologies, notamment l'IDM et les "autres MCV", surtout en cas de dépenses de santé imprévues. Cette variabilité des revenus disponibles souligne des inégalités d'accès aux soins, où certains ménages peuvent se permettre des traitements coûteux tandis que d'autres doivent renoncer à des soins nécessaires. Ces résultats mettent en évidence l'urgence de renforcer les dispositifs de protection sociale et d'améliorer l'accès aux soins pour les ménages les plus vulnérables, en particulier ceux touchés par des pathologies lourdes.

En confrontant le revenu moyen disponible par MCV au coût global de soins, nous détectons la proportion des malades disposant d'un revenu disponible inférieur au coût global des soins de leur MCV, d'où les dépenses catastrophiques de santé. Car ces malades se trouvent contraint soit de renoncer aux soins, soit d'attendre de l'aides financière pour pouvoir se soigner. D'ailleurs, selon nos résultats, en moyenne, 63% des malades n'ont pas accès aux soins de cardiologie essentiels pour des raisons financières. Pour rappel, la dépense moyenne globale par MCV est comme suivie :

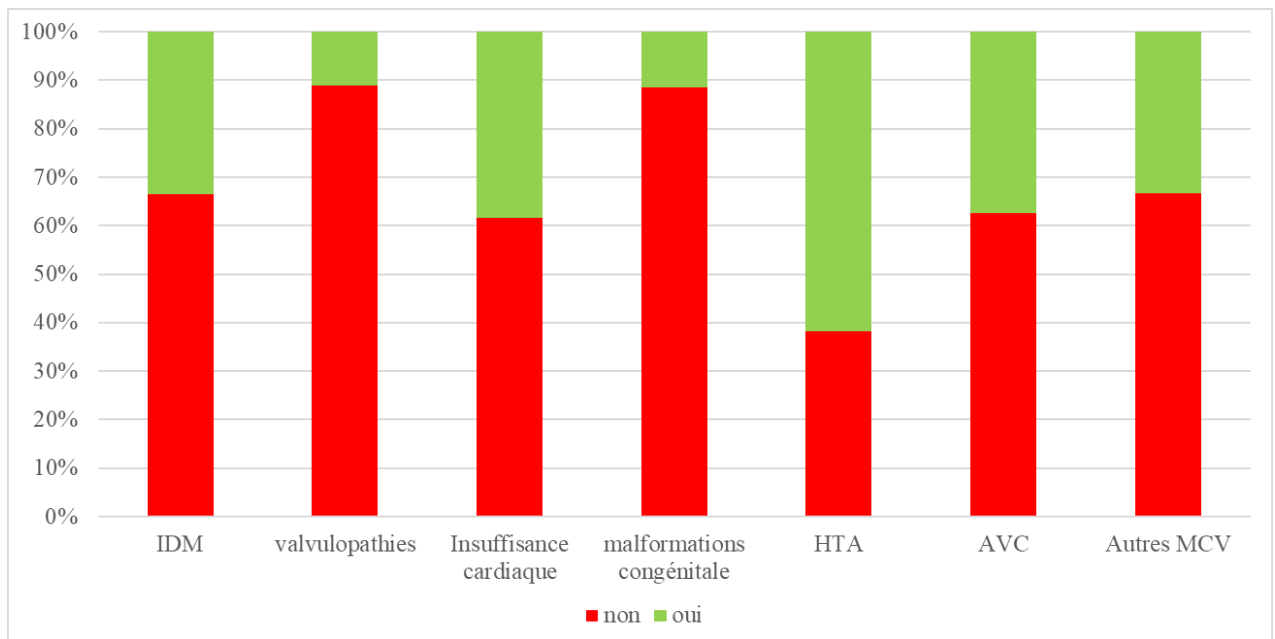
Tableau n°50 : Coût moyen global des soins par MCV, par malade et par trimestre

Coût moyen global du reste à charge (Out of Pocket)	En DA par trimestre
IDM	46 416,64
Valvulopathies	115 073,1
Insuffisance cardiaque	38 075,48
Malformation congénitale	118 512,5
HTA	12 481,64
AVC	19 697,22
Autres MCV	34 000

Source : (Meklat, 2025)

La figure croisée suivante présente, pour chaque type de maladie cardiovasculaire (MCV), la proportion des ménages déclarant avoir accès ou non aux soins de cardiologie. L'analyse révèle d'importantes disparités dans l'accessibilité perçue selon la pathologie.

Figure n°56 : Degrés d'accessibilité aux soins de cardiologie selon la MCV et le revenu disponible, par ménage et par trimestre (%)



Source : (Meklat, 2025)

La pathologie pour laquelle l'accessibilité aux soins est la plus élevée est l'Hypertension Artérielle (HTA), avec plus de 62% des ménages déclarant un accès aux soins de cardiologie. Ce résultat s'explique par le coût moyen global de l'HTA moins élevé par rapport aux autres MCV.

À l'opposé, l'accessibilité est particulièrement difficile pour les ménages ayant un membre atteint de valvulopathies, où seuls 11% des ménages sur 542 déclarent un accès. Cette situation critique pourrait refléter le besoin en soins spécialisés, en chirurgie ou en interventions percutanées complexes, potentiellement concentrés dans des centres éloignés et coûteux. Un coût global de soins de la maladie très élevée par rapport au revenu disponible moyen. Le même constat de faible degrés d'accessibilité (11% sur 96 ménages) est observé pour les malformations congénitales.

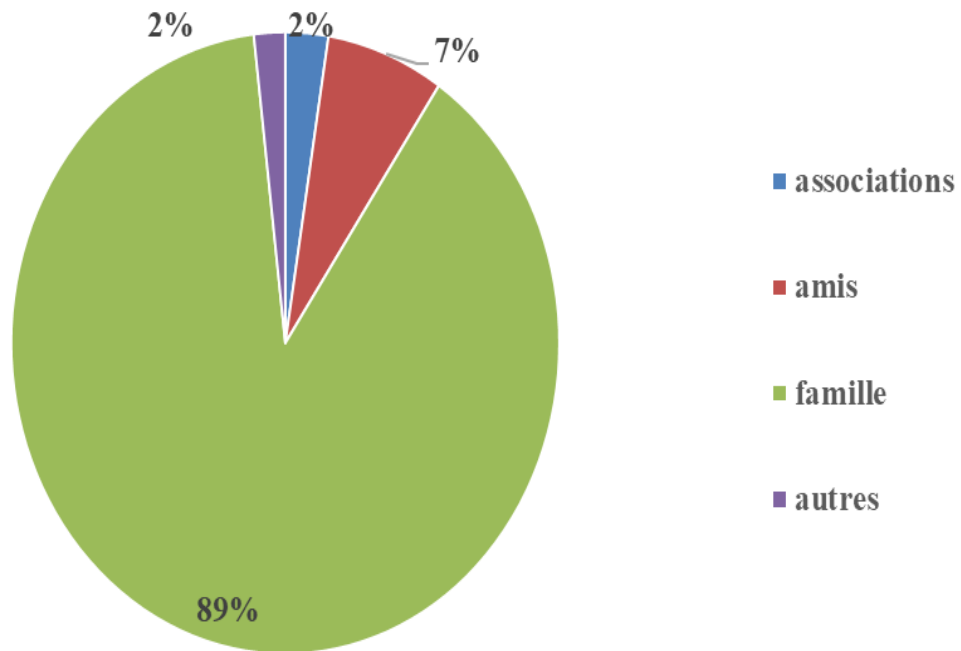
L'IDM, l'insuffisance cardiaque et les AVC montrent des taux d'accès faibles, d'environ 34%, 38% et 38% respectivement. Pour l'IDM et les AVC cela est alarmant étant donné le caractère urgent et vital de la prise en charge. La catégorie « Autres MCV », bien que représentant un petit effectif, suit la tendance générale d'une faible accessibilité (33%), indiquant des barrières significatives.

Ces inégalités d'accès selon la pathologie peuvent être partiellement éclairées par les revenus moyens présentés dans le tableau n°50 et les coûts moyens globaux par MCV présentés dans le tableau n°51. De manière paradoxale, les ménages confrontés aux valvulopathies et à l'insuffisance cardiaque, qui disposent pourtant les revenus moyens les plus élevés, déclarent un accès très faible aux soins. Cela suggère qu'en plus de la barrière financière liée au coût global de la pathologie, ils rencontrent aussi des barrières structurelles qui aggravent leur inaccessibilité aux soins : disponibilité géographique de spécialistes, équipements techniques rares (comme pour la chirurgie valvulaire), ou délais d'attente prohibitifs. À l'inverse, les ménages avec une HTA, dont le revenu moyen est inférieur à la moyenne générale, déclarent un meilleur accès. Ceci conforte l'idée d'une prise en charge mieux diffusée et plus routinière de cette pathologie.

L'accessibilité aux soins de cardiologie semble fortement déterminée par le type de pathologie et le niveau de revenu, révélant probablement les lacunes du système de santé dans la prise en charge des maladies cardiaques complexes et spécialisées (valvulopathies, malformations) par rapport à une maladie chronique plus commune (HTA). Le lien avec le revenu disponible n'est pas direct et linéaire, indiquant que d'autres obstacles majeurs d'ordre organisationnel et infrastructurel s'ajoutent aux obstacles financiers, affectant même les ménages relativement plus aisés lorsqu'ils font face à des pathologies nécessitant une technologie ou une expertise pointue. Des efforts doivent être faits pour garantir que tous les patients puissent bénéficier des soins nécessaires sans subir de difficultés financières excessives.

3.1.3. Endettement des malades et recours à des solutions alternatives de financement

L'endettement des malades est un phénomène préoccupant qui touche de nombreux patients souffrant de maladies cardiovasculaires. À Bejaia, comme dans d'autres régions d'Algérie, les coûts élevés des soins médicaux, associés à un revenu disponible souvent insuffisant, poussent de nombreux patients à recourir à des solutions alternatives de financement pour faire face à leurs dépenses de santé. Les dépenses liées aux consultations médicales, aux traitements, aux médicaments et aux hospitalisations peuvent rapidement s'accumuler, dépassant souvent les capacités financières des ménages. De nombreux ménages, en particulier ceux touchés par des affections graves (valvulopathies), voient leur revenu disponible diminuer en raison de l'incapacité à travailler ou de la nécessité de consacrer une part importante de leurs ressources aux soins de santé.

Figure n°57 : Sources des aides financières pour les soins de cardiologie.

Source : (Meklat, 2025)

En raison de l'insuffisance des ressources financières pour le financement des soins, **55,3% des patients ont dû recourir à des aides financières pour pouvoir se soigner.** Parmi ces aides, une majorité écrasante, soit **89 %**, provient de membres proches de la famille, tels que les enfants, les parents et les frères et sœurs. En revanche, seulement **7 %** des aides financières viennent d'amis, tandis qu'une minorité provient d'associations ou d'initiatives communautaires, telles que celles organisées par des villages ou des mosquées.

Cette forte dépendance aux aides familiales est révélatrice des difficultés financières engendrées par les maladies cardiovasculaires (MCV), puisque **88,2 % des patients ont confirmé que leur pathologie a entraîné des problèmes financiers pour leur famille.**

Les difficultés rencontrées sont variées, allant de la perte de pouvoir d'achat à l'endettement. Selon les témoignages des patients, les problèmes financiers les plus courants au sein des ménages incluent l'endettement, cité par **24,8 %** des répondants, et la réduction du pouvoir d'achat, mentionnée par **16,7 %**. Ces résultats soulignent l'impact significatif des coûts liés aux soins de santé sur la situation financière des ménages, mettant en lumière la nécessité d'une meilleure prise en charge et d'un soutien financier accru pour les patients atteints de MCV.

Tableau n°51 : Nature des difficultés financières causés par la MCV pour les ménages

		Effectif	%
Nature de la difficulté rencontrée	Endettement	782	24,8
	Perte d'économies et appauvrissement	312	9,9
	Ventes de biens immobiliers ou de bijoux	279	8,8
	Réduction du pouvoir d'achat	528	16,7
	Travail supplémentaire pour se soigner (ménage, gardiennage, vendeur, etc)	145	4,6
	Dépendance des soins du malade des aides et extrême pauvreté	603	19,1
	Perte d'emploi d'un parent ou d'un enfant	156	4,9
	Total	2805	88,9
Manquant Système	349	11,1	
Total		3154	100,0

Source : (Meklat, 2025)

Ces résultats mettent en lumière l'ampleur des impacts économiques que ces maladies peuvent avoir sur les familles, ainsi que la diversité des défis auxquels elles font face. Les difficultés financières les plus fréquentes sont :

- **L'endettement (24,8%)** : La difficulté la plus courante signalée par les ménages est l'endettement, touchant près d'un quart des répondants. Cela indique que de nombreux patients doivent emprunter de l'argent pour couvrir les coûts des soins médicaux, ce qui peut entraîner un cycle d'endettement difficile à briser. L'endettement peut également avoir des répercussions à long terme sur la stabilité financière des ménages.
- **La réduction du pouvoir d'achat (16,7%)** : Une autre difficulté significative est la réduction du pouvoir d'achat, affectant plus d'un sixième des ménages. Cela signifie que les patients doivent consacrer une part importante de leurs ressources financières aux soins de santé, ce qui limite leur capacité à couvrir d'autres dépenses essentielles, comme la nourriture, le logement ou l'éducation.
- **La dépendance des soins du malade aux aides et extrême pauvreté (19,1%)** : Près d'un cinquième des ménages a signalé une dépendance accrue aux aides

financières, ce qui peut les plonger dans une situation d'extrême pauvreté. Cette dépendance souligne la vulnérabilité des familles face aux coûts des soins de santé et leur incapacité à subvenir à leurs besoins sans soutien extérieur.

- **La perte d'économies et appauvrissement (9,9%)** : Un nombre significatif de ménages a également signalé une perte de leurs économies, ce qui contribue à un appauvrissement général. Cela peut résulter de dépenses médicales imprévues qui épuisent les réserves financières accumulées.
- **La ventes de biens immobiliers ou de bijoux (8,8%)** : Près de 9 % des ménages ont dû vendre des biens précieux, tels que des biens immobiliers ou des bijoux, pour financer leurs soins. Cela indique une situation désespérée où les familles sont contraintes de liquider des actifs pour faire face à des dépenses médicales.
- **Le travail supplémentaire pour se soigner (4,6%)** : Une minorité de patients (4,6 %) a mentionné qu'ils devaient effectuer des travaux supplémentaires, comme du ménage ou du gardiennage, pour financer leurs soins. Cela peut avoir des conséquences sur leur santé et leur bien-être, car ces emplois supplémentaires peuvent être physiquement exigeants et stressants.
- **La perte d'emploi d'un parent ou d'un enfant (4,9%)** : La perte d'emploi d'un membre de la famille, qu'il s'agisse d'un parent ou d'un enfant, a également été signalée par 4,9 % des ménages, à cause de l'assistanat corporelle. Cette situation peut aggraver les difficultés financières, car elle réduit le revenu global du ménage et augmente la pression sur les autres membres de la famille.

Les résultats du tableau ci-dessus révèlent que les maladies cardiovasculaires engendrent une multitude de difficultés financières pour les ménages, allant de l'endettement à la perte d'économies, en passant par la dépendance aux aides. Ces difficultés financières ne touchent pas seulement les patients, mais affectent également l'ensemble de la famille, créant un cercle vicieux de précarité et de vulnérabilité économique.

Il est crucial de reconnaître l'impact significatif des MCV sur la situation financière des ménages et d'envisager des solutions politiques et sociales pour atténuer ces difficultés. Cela pourrait inclure des programmes de soutien financier, des initiatives de sensibilisation sur les ressources disponibles, et des politiques de santé visant à réduire le coût des soins médicaux pour les patients.

3.2. Conséquences sociales des dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie

Les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie peuvent avoir des conséquences sociales significatives qui vont au-delà des simples implications financières. Ces conséquences peuvent affecter la dynamique familiale, les relations sociales, et même la structure communautaire.

3.2.1. Réduction ou interruption des soins pour des raisons financières

Face à la hausse des coûts de santé, de nombreux patients sont contraints de renoncer à des traitements pourtant essentiels. Ce choix, dicté par des contraintes financières, a des conséquences graves et étendues. Les chiffres sont éloquentes : plus de la moitié des patients (50,4%) déclarent avoir déjà interrompu leurs soins pour des raisons économiques. Cette interruption n'est jamais sans effet ; elle conduit systématiquement à une aggravation de l'état de santé des concernés. Ce qui aurait pu être traité rapidement évolue alors souvent vers des complications plus sérieuses.

Les conséquences dépassent le seul cadre du patient. Lorsque son état se détériore, sa capacité à travailler, à assumer des responsabilités quotidiennes ou à soutenir son entourage s'en trouve réduite. Cela crée un fardeau supplémentaire pour les proches, tant sur le plan émotionnel que logistique ou financier, affectant ainsi le bien-être de l'ensemble de la cellule familiale. À plus large échelle, ce phénomène de renoncement contribue à l'augmentation des maladies chroniques non prises en charge. Sans suivi régulier et traitement adapté, ces pathologies s'aggravent, entraînant une baisse significative de la qualité de vie des patients, des incapacités potentielles, et à terme, un coût encore plus élevé pour le système de santé lorsqu'une prise en charge d'urgence devient inévitable.

Le renoncement aux soins pour raisons financières est un cercle vicieux : il transforme un problème économique initial en un déclin sanitaire individuel et familial, tout en alourdissant les défis de santé publique à long terme.

3.2.2. Impact sur la qualité de vie des malades et de leurs familles

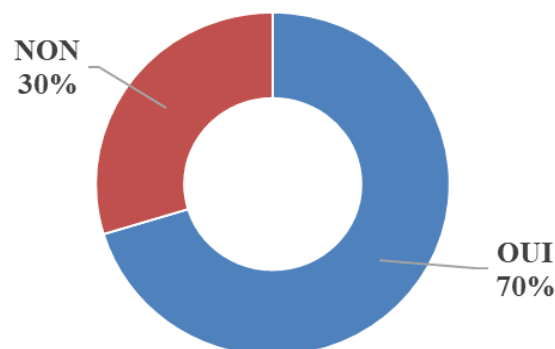
Les maladies cardiovasculaires, engendrent une cascade de conséquences socio-économiques dévastatrices pour les patients et leurs familles, créant un cercle vicieux où la santé et la précarité s'aggravent mutuellement. Parmi les patients actifs (25,6% des malades), 16,1% ont perdu leur emploi en raison de leur état de santé. Cette perte constitue un choc

financier majeur pour le ménage, réduisant drastiquement ses revenus. Cette baisse de ressources rend alors l'accès aux soins, déjà coûteux, encore plus inaccessible, compromettant ainsi la continuité du traitement et aggravant à terme la pathologie initiale.

Au-delà de la perte de revenu, les patients et leurs proches sont confrontés à un stress chronique lié à la recherche de financements pour compenser cette baisse et assumer les dépenses de santé. Cette anxiété permanente, centrée sur la quête de ressources, devient un fardeau psychologique supplémentaire qui peut nuire à la récupération et à la qualité de vie.

Les ménages doivent faire face à des dépenses directes élevées (médicaments, consultations, transports médicaux) qui les rendent économiquement vulnérables. Cette précarité forcée a un coût social : elle peut les exclure progressivement de la vie communautaire et des activités sociales (loisirs, rencontres). Ils risquent également une stigmatisation ou une marginalisation, perçus comme "pauvres". Cette exclusion limite encore leur accès à des ressources clés comme l'éducation, les soins préventifs ou les réseaux de solidarité, renforçant ainsi les inégalités.

Figure n°58 : Impact de la MCV sur l'appauvrissement du ménage



Source : (Meklat, 2025)

L'impact sur la vie quotidienne est massif : 75,8% des patients déclarent être contraints de réduire leurs activités en raison de la maladie. Cette perte d'autonomie et de productivité affecte profondément l'identité sociale, l'estime de soi et la participation à la vie familiale et économique, accélérant l'isolement.

Les maladies ne sont pas seulement un enjeu de santé individuelle ; elles agissent comme un puissant facteur de déclassement socio-économique. Elles déclenchent une spirale infernale où la perte d'emploi réduit l'accès aux soins, ce qui aggrave la santé, tandis que

l'appauvrissement et le stress génèrent une exclusion sociale qui, à son tour, aggrave la vulnérabilité et les inégalités.

De manière significative, plus de sept malades sur dix (70,3%) attestent que leur pathologie a directement entraîné l'appauvrissement de leur ménage. Cette statistique confirme que l'impact financier n'est pas marginal, mais constitue une norme pour la grande majorité des patients. L'appauvrissement désigne ici un processus actif d'appauvrissement : l'épuisement de l'épargne, le recours à l'endettement pour faire face aux dépenses de santé et de vie courante, et l'impossibilité de reconstituer un capital financier.

Cet appauvrissement procède de la combinaison de plusieurs facteurs :

- La baisse de revenus : causée par la perte d'emploi, la réduction d'activité ou l'arrêt de travail d'un aidant familial.
- L'explosion des dépenses : due aux frais médicaux directs (actes médicaux, médicaments non remboursés, programmes de soins hospitaliers) et indirects (transport, aménagement du logement, alimentation spécifique).
- L'érosion du patrimoine : pour compenser le déficit mensuel, les familles sont souvent contraintes de puiser dans leurs économies, de vendre des biens ou de contracter des prêts, hypothéquant leur sécurité financière à long terme.

Cet appauvrissement force les ménages à des arbitrages déchirants entre différentes nécessités : se soigner, se nourrir correctement, payer le loyer ou l'énergie. Il les prive de leur capacité à absorber un choc imprévu et les enferme dans une précarité structurelle. La maladie devient ainsi non seulement une épreuve physique et psychologique, mais aussi le moteur d'un déclassement matériel dont il est extrêmement difficile de se relever.

3.2.3. Isolement social et stigmatisation des malades

L'impact des maladies cardiovasculaires dépasse largement la dimension physique pour englober une profonde détresse psychologique et un isolement social, directement alimentés par le fardeau financier qu'elles imposent. Ce fardeau crée un cercle vicieux où les préoccupations économiques aggravent la santé mentale, ce qui, en retour, peut compliquer la gestion de la maladie elle-même. La crainte permanente de ne pouvoir assumer les coûts des soins, des médicaments ou de la perte de revenu génère un état d'alerte et d'inquiétude constant. Cette pression psychologique se manifeste concrètement : l'enquête révèle qu'une part écrasante des patients, **87,44%, éprouve un stress chronique directement lié à leur

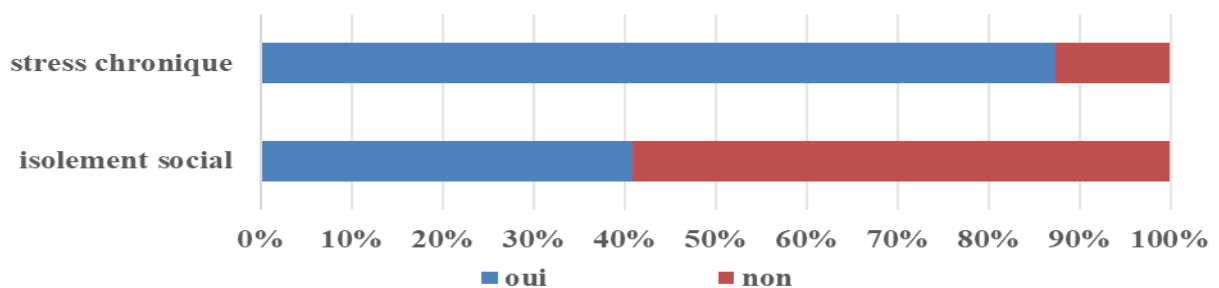
maladie. Ce stress permanent est un terrain fertile pour le développement de troubles anxieux et de syndromes dépressifs, tant chez le patient que chez ses proches qui partagent le fardeau financier et organisationnel. La santé mentale devient ainsi une seconde victime de la pathologie physique.

Au sentiment d'isolement lié à la condition médicale elle-même (fatigue, contraintes du traitement) s'ajoute un isolement social accentué par la précarité économique. En effet, 41% des malades ressentent cet isolement social, renforcé par l'appauvrissement. Cet isolement procède de plusieurs mécanismes :

- Restriction des interactions : L'incapacité financière à participer à des activités sociales (repas, sorties, loisirs) conduit à un retrait progressif de la vie collective.
- Stigmatisation et honte : La crainte d'être jugé ou stigmatisé en raison de sa situation économique précaire peut pousser à l'auto-exclusion.
- Épuisement des ressources relationnelles : L'énergie mentale est entièrement captée par les soucis financiers et la gestion de la maladie, laissant peu de place aux échanges sociaux nourrissants.

Cet isolement n'est pas sans conséquence sur la santé globale. Il prive les individus d'un soutien social crucial, d'un réseau d'entraide et d'occasions de distraction, éléments pourtant essentiels à la résilience psychologique. En aggravant l'anxiété et la dépression, il peut également nuire à l'observance des traitements et à la motivation pour prendre soin de soi, risquant ainsi d'aggraver l'état de santé physique. Le système forme alors une boucle de rétroaction négative : **Maladie → Dépenses → Stress et Appauvrissement → Isolement → Détérioration de la santé mentale → Aggravation possible de la maladie.**

Figure n°59 : Impact social de la MCV sur les malades et leurs familles



Source : (Meklat, 2025)

D'après nos résultats, les données (87,44% de stress chronique, 41% d'isolement accentué par la pauvreté) chiffrent une réalité implacable : le coût financier des maladies cardiovasculaires est un puissant facteur de détresse psychologique et de marginalisation sociale. Cette dimension psycho-sociale doit être reconnue comme une composante à part entière de la maladie, nécessitant une prise en charge globale qui ne se limite pas au seul traitement du corps.

Les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie ont des conséquences sociales profondes qui vont au-delà des simples implications financières. Il est essentiel de reconnaître ces conséquences pour développer des politiques de santé publique qui non seulement améliorent l'accès aux soins, mais aussi soutiennent les familles et les communautés touchées par les maladies cardiovasculaires. Des initiatives visant à réduire le fardeau financier des soins de santé peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patients et à renforcer la cohésion sociale au sein des communautés.

3.3. Perception des malades sur leur accessibilité financière aux soins de cardiologie

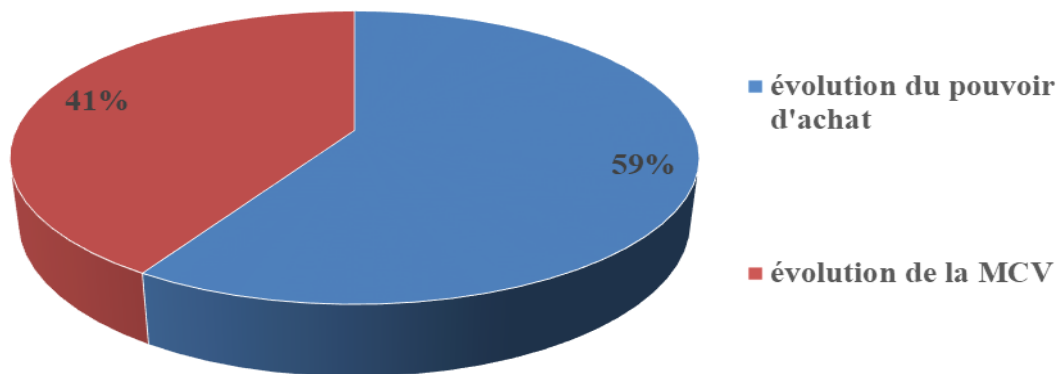
La perception des malades concernant leur accessibilité financière aux soins de cardiologie est un aspect essentiel qui influence non seulement leur comportement en matière de santé, mais aussi leur qualité de vie. Cette perception peut varier en fonction de plusieurs facteurs, notamment le niveau de revenu, le type de couverture d'assurance, et les expériences personnelles avec le système de santé.

3.3.1. Ressenti des patients sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie

Pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires (MCV), l'accès aux soins cardiologiques est perçu comme un **parcours semé d'obstacles financiers majeurs**, où la nécessité vitale des soins se heurte constamment à la réalité économique du ménage.

Les résultats de notre enquête dessinent un constat sans appel : les patients atteints de maladies cardiovasculaires perçoivent une détérioration nette et inquiétante de l'accessibilité financière aux soins qui leur sont vitaux. Cette perception repose sur des expériences concrètes et des justifications précises, révélant les mécanismes d'une anxiété économique grandissante.

Figure n°60 : Causes de la baisse d'accessibilité financière aux soins de cardiologie perçues par les malades



Source : (Meklat, 2025)

La majorité des patients (87%) estiment que les soins de cardiologie étaient plus accessibles financièrement par le passé. Ce sentiment de régression s'ancre dans deux explications principales, souvent intriquées :

- L'érosion du pouvoir d'achat (59%) : Pour plus de la moitié des malades, la première cause est économique. L'inflation, la stagnation des revenus ou la perte d'emploi liée à la maladie rendent relativement plus coûteux des soins dont les tarifs peuvent également avoir augmenté.
- L'aggravation de la pathologie (41%) : Pour une part significative, c'est l'évolution même de la maladie qui alourdit la charge. Un état qui se complexifie nécessite des traitements plus sophistiqués, des consultations plus fréquentes, des interventions plus lourdes ou des médicaments plus onéreux, dégradant mécaniquement l'accessibilité financière.

Les patients ont fondé leur jugement sur une évaluation cumulative et stressante de tous les postes de dépenses, directs et indirects :

- Coûts directs visibles : Le prix des consultations spécialisées, des médicaments (notamment les nouveaux traitements à participation personnelle élevée), des examens diagnostiques réguliers (écho-Doppler, IRM, scanners) et des traitements structurent leur perception.
- Peur des dépenses imprévues : Au-delà des coûts anticipés, c'est l'anxiété liée à l'imprévu qui pèse lourd : le coût soudain d'un examen de radiologie complémentaire,

les frais d'actes biologique non planifiés, ou le potentiel recours à des soins d'urgence génèrent un sentiment persistant d'insécurité financière.

Le niveau de couverture sociale et complémentaire crée une expérience financière profondément inégale et source de frustration. Les patients bénéficiant d'une couverture d'assurance mutuelle peuvent aborder les soins avec une relative sérénité, focalisant leur énergie sur leur santé.

À l'inverse, ceux qui supportent un reste à charge important ressentent une pression financière aiguë à chaque étape du parcours de soins. Pour beaucoup, la complexité des systèmes de remboursement, les formulaires longs et la lourdeur des démarches administratives génèrent un sentiment de désavantage et de frustration. Ils se sentent mal informés sur leurs droits, avec l'impression que le système est conçu pour ceux qui en maîtrisent les procédures.

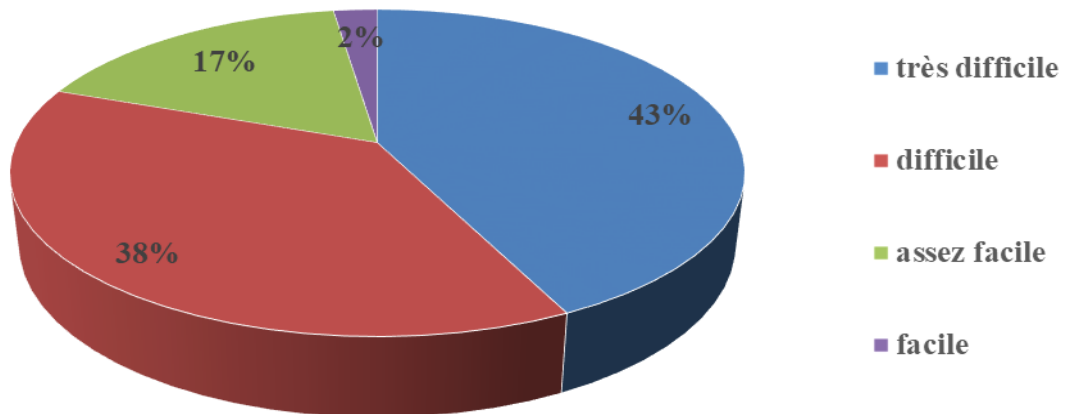
La majorité des patients (80%) jugent leur accessibilité aux soins de cardiologie difficile, voire très difficile. Le fait que 42,8% l'estiment "très difficile" souligne l'acuité de la crise pour une large part d'entre eux. À l'opposé, seule une infime minorité (2,3%) déclare un accès "facile", tandis qu'environ 17,1% le qualifient d'"assez facile". Ce contraste met en lumière les profondes disparités de vécu et suggère que l'accessibilité financière reste l'exception plutôt que la norme pour les malades cardiologiques.

En définitive, le ressenti des patients va bien au-delà d'une simple plainte sur le coût de la vie. Il traduit la perception d'une précarisation systémique de leur accès aux soins vitaux. Cette perception est nourrie par :

- Un sentiment de régression historique (c'était mieux avant),
- Une évaluation anxiogène d'une facture globale (coûts visibles et imprévus),
- Un sentiment d'injustice face à un système de couverture perçu comme inéquitable et complexe,
- Un constat partagé d'une difficulté d'accès qui est devenue la norme.

Cette situation contribue à une méfiance envers le système de santé et installe un état de stress financier chronique qui devient une composante à part entière, et néfaste, de l'expérience de la maladie cardiovasculaire.

Figure n°61 : Appréciation de l'accessibilité financière aux soins de cardiologie par les malades



Source: (Meklat, 2025)

L'incertitude permanente quant à la capacité de financer des soins vitaux génère un **état d'anxiété chronique** qui se superpose à la pathologie physique. Ce stress n'est pas un épiphénomène ; il constitue une **charge mentale constante** qui peut nuire à l'observance des traitements, à la qualité de vie et à la santé mentale globale des patients. La quête de ressources financières devient une préoccupation paralysante, détournant l'énergie qui devrait être consacrée à la guérison ou à l'adaptation à la maladie. Cette anxiété trouve un écho dans une conviction quasi unanime parmi les patients : **97,7% d'entre eux estiment qu'un meilleur pouvoir d'achat améliorerait directement leur accès aux soins cardiologiques**. Ce chiffre révèle une perception claire : les barrières financières ne sont pas perçues comme fixes ou techniques, mais comme directement liées à la capacité économique individuelle. Les patients voient dans l'amélioration de leurs ressources le **levier principal** pour briser le cycle du renoncement aux soins et de l'angoisse qui l'accompagne.

Les patients ont le sentiment aigu d'évoluer dans un **système à deux vitesses**, où l'accès à des soins optimaux dépend du statut socio-économique. Les patients à faibles revenus se sentent systématiquement **désavantagés**, comparés à ceux disposant de ressources plus importantes. Ils perçoivent non seulement une inaccessibilité, mais une **injustice fondamentale**. Cette fracture est encore plus aiguë pour les besoins en soins spécialisés ou techniques. Face à des délais d'attente longs dans le secteur public, le recours au **secteur privé apparaît comme la seule alternative pour une prise en charge rapide**. Cette option, souvent financièrement inaccessible pour beaucoup, crée une **pression**

financière extrême et un sentiment d'exclusion, renforçant l'idée que l'argent peut acheter du temps et de meilleures chances de santé.

Ce sentiment généralisé que **l'argent conditionne l'accès au soin** (97,7%) et la perception d'une **fracture sociale dans le système de santé** nourrissent un profond sentiment d'injustice. Ils transforment le parcours thérapeutique en une épreuve non seulement médicale, mais aussi économique et morale, où le patient doit lutter simultanément contre sa pathologie et contre les barrières financières qu'il perçoit comme illégitimes.

3.3.2. Évaluation subjective de l'impact des coûts sur leur état de santé.

L'évaluation par les patients de leur propre situation est profondément ancrée dans leur vécu, créant une diversité d'expériences. Cependant, une conviction les unit de manière quasi absolue : 98,1% des malades estiment qu'un meilleur pouvoir d'achat les conduirait à un meilleur état de santé. Cette perception massive révèle que les patients identifient la contrainte financière comme le principal verrou à leur bien-être, bien au-delà des seuls aspects médicaux.

Les patients articulent clairement les canaux par lesquels une sécurité financière accrue transformerait leur parcours de santé. Ils ont exprimés les souhaits suivants :

- Levée des barrières à l'accès aux soins curatifs : Un pouvoir d'achat renforcé permettrait de couvrir sans angoisse le coût des consultations spécialisées, des traitements médicamenteux et des actes médicaux de diagnostics onéreux. Il éliminerait la nécessité des renoncements aux soins et offrirait la possibilité de choisir des praticiens ou des structures perçus comme de meilleure qualité, réduisant potentiellement les délais d'attente.
- Investissement dans la prévention et l'observance : Une situation financière stable leur permettrait d'investir dans des soins préventifs souvent négligés : bilans réguliers, programmes de dépistage précoce, et adoption d'un mode de vie plus sain (alimentation adaptée, activité physique). Cette anticipation permettrait une détection plus précoce des complications. Par ailleurs, la suppression du stress lié au coût des soins améliorerait considérablement l'observance thérapeutique, facteur crucial dans la gestion des maladies cardiovasculaires.

La réduction, voire la disparition, du stress financier chronique lié aux dépenses de soins de cardiologie aurait un impact direct et profond sur la santé mentale. Cette sérénité retrouvée restaurerait la capacité à participer à la vie sociale et communautaire, un élément essentiel du bien-être général et de la résilience face à la maladie. Cette conviction quasi-unanime n'est pas seulement un constat individuel ; elle est le reflet d'une critique perçue des inégalités de santé. Les patients, notamment ceux à faibles revenus, se sentent structurellement désavantagés dans un système où les ressources financières personnelles semblent dicter la qualité et la rapidité du parcours de soins. Cette perception exacerbe le sentiment d'injustice et souligne l'existence de disparités sociales inacceptables face à la maladie cardiovasculaire.

Les patients établissent un lien de causalité direct et massif entre leur capacité économique et leur santé. Ignorer cette perception reviendrait à méconnaître une dimension fondamentale de l'expérience de la maladie cardiovasculaire aujourd'hui.

Le plébiscite écrasant en faveur du pouvoir d'achat comme levier de santé constitue un message puissant adressé aux décideurs. Il traduit une exigence de fond :

- Améliorer le pouvoir d'achat, c'est directement agir sur leur santé physique, mentale et sociale.
- Cette perception souligne l'urgente nécessité de politiques de santé proactives visant à corriger les inégalités d'accès. Cela implique de renforcer les mécanismes de protection (couverture maladie universelle, plafonnement des restes à charge), de simplifier les démarches administratives, et de garantir que la qualité des soins ne dépende pas des ressources individuelles.

L'analyse de l'impact du coût des soins de cardiologie dans la région de Bejaia révèle une réalité financière et sociale alarmante pour les ménages. Les dépenses directes pour les traitements des maladies cardiovasculaires engendrent une proportion très élevée de dépenses catastrophiques, poussant de nombreuses familles dans l'endettement, la perte d'économies et la réduction drastique de leur pouvoir d'achat. Au-delà des chiffres, ces contraintes financières ont des conséquences sociales profondes, se manifestant par le renoncement aux soins, une détérioration significative de la qualité de vie, un stress chronique pour près de 87% des malades et un sentiment croissant d'isolement social et de

stigmatisation. Les patients eux-mêmes perçoivent une régression de l'accessibilité financière aux soins, attribuant majoritairement cette difficulté à l'érosion du pouvoir d'achat et à la complexité croissante de leurs pathologies. Le constat quasi-unanime que l'amélioration du pouvoir d'achat garantirait un meilleur état de santé met en exergue le lien indissociable entre la santé et la sécurité économique. Face à ces défis, il est impératif de renforcer les dispositifs de protection sociale, d'améliorer la couverture maladie et de mettre en œuvre des politiques de santé publique qui allègent le fardeau financier des soins, non seulement pour garantir l'accès à des soins vitaux, mais aussi pour préserver la dignité et la cohésion sociale des communautés.

Pour conclure, l'exploration approfondie de l'accessibilité financière aux soins de cardiologie chez les malades à Bejaïa met en lumière une réalité complexe et alarmante, où les défis socio-économiques s'entremêlent aux impératifs médicaux, menaçant la santé et la stabilité financière des ménages. Ce chapitre a révélé un système de financement des soins de santé qui, malgré les intentions de solidarité, reporte une part écrasante du fardeau financier sur les patients, transformant souvent la maladie en un facteur d'appauvrissement systémique. Nos analyses ont d'abord démontré que les paiements directs ("out-of-pocket") constituent la principale source de financement pour une multitude de services essentiels. Les patients sont les acteurs financiers dominants pour les consultations (71%), les analyses médicales (88%), les frais de déplacement (98,62%), et une part significative des actes de radiologie (59%) et des soins hospitaliers en secteur libéral (55%). Ces chiffres témoignent de lacunes importantes dans la couverture de la sécurité sociale et de l'intervention marginale des mutuelles pour des postes de dépenses pourtant vitaux. Même pour les traitements médicamenteux, où la sécurité sociale joue un rôle majeur, une part non négligeable (45%) reste à la charge des malades.

Ensuite, l'évaluation du coût moyen des soins a mis en évidence une "vulnérabilité financière à plusieurs vitesses". Les valvulopathies et les malformations congénitales se distinguent par des coûts moyens globaux exorbitants (dépassant 115 000 DA par trimestre), principalement dus aux "programmes de soins" hospitaliers et aux interventions lourdes. D'autres pathologies, comme l'insuffisance cardiaque, imposent un fardeau continu et élevé en traitements médicamenteux chroniques. Il est flagrant que les dépenses directes de soins éclipsent largement les dépenses indirectes liées aux pertes d'indemnités journalières, ces

dernières ne représentant qu'une fraction marginale du coût total, souvent sous-estimée par les patients eux-mêmes. Les conséquences de ce fardeau financier sont dévastatrices sur le plan social. Nous avons constaté que 72,96% des ménages avec un membre atteint de MCV sont confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, avec des pathologies comme les valvulopathies absorbant plus de 60% du revenu trimestriel. Cette précarité se traduit par un renoncement aux soins pour plus de la moitié des patients, entraînant une aggravation de leur état de santé. La perte d'emploi (16,1% des actifs), le stress chronique (87,44% des malades), l'isolement social (41%) et un processus général d'appauvrissement (70,3% des ménages) sont autant d'indicateurs d'une détresse profonde. L'endettement, la vente de biens, la réduction du pouvoir d'achat et la dépendance aux aides familiales sont des réalités quotidiennes pour une majorité de ces familles.

La perception des malades renvoie un écho poignant de cette situation : une majorité estime que l'accessibilité financière aux soins a régressé, principalement à cause de l'érosion du pouvoir d'achat et de l'aggravation de leurs pathologies. La conviction quasi-unanime (98,1%) qu'un meilleur pouvoir d'achat améliorerait directement leur état de santé souligne l'interconnexion intrinsèque entre sécurité économique et bien-être physique et mental.

Enfin, l'accessibilité financière aux soins de cardiologie à Bejaïa n'est pas seulement une question médicale, mais un défi de justice sociale. Garantir que l'accès aux soins vitaux ne dépende pas de la capacité financière des individus est un impératif éthique et un investissement fondamental dans la santé publique, la dignité humaine et la cohésion sociale de la communauté.

Conclusion Générale

L'accessibilité financière aux soins de santé, en particulier pour les maladies cardiovasculaires (MCV), constitue un enjeu majeur de santé publique, économique et social, tant à l'échelle mondiale qu'au niveau national. En Algérie, malgré les efforts considérables déployés depuis l'indépendance pour garantir la gratuité des soins dans les structures publiques, des défis persistants continuent de limiter l'accès équitable aux services de santé, notamment pour les populations les plus vulnérables. Ces défis sont exacerbés par des facteurs structurels, tels que les dysfonctionnements du système de santé, les pénuries de personnels et de matériels, ainsi que par des contraintes économiques qui pèsent lourdement sur le pouvoir d'achat des ménages.

La transition épidémiologique et démographique que traverse l'Algérie, marquée par une prévalence croissante des maladies chroniques comme les MCV, accentue la pression sur le système de santé et sur les budgets des ménages. Les MCV, responsables de plus de 36 % des décès en 2016, touchent de plus en plus la population active, entraînant des pertes économiques significatives et des répercussions sociales profondes. Ces maladies, souvent liées à des facteurs de risque modifiables (hygiène de vie, stress, alimentation, etc.), nécessitent une prise en charge précoce et continue qui reste difficilement accessible pour une grande partie de la population en raison des coûts élevés des soins, des médicaments et des actes médicaux.

Dans ce contexte, la wilaya de Bejaïa illustre parfaitement les défis liés à l'accessibilité financière aux soins de cardiologie. Avec une prévalence élevée des MCV parmi les maladies chroniques, les malades de cette région se trouvent confrontés à des dépenses de santé souvent insoutenables malgré les dispositifs de couverture sociale existants. Cette situation soulève des questions fondamentales sur l'équité et l'efficacité des politiques de santé publique, ainsi que sur l'impact du pouvoir d'achat sur l'accès aux soins.

Aussi, notre étude s'inscrit dans une démarche visant à analyser en profondeur les interactions entre le pouvoir d'achat des ménages et leur capacité à accéder aux soins de cardiologie. En mobilisant une approche théorique, statistique et empirique, elle ambitionne de mettre en lumière les disparités d'accès aux soins, les obstacles financiers rencontrés par les malades, et les implications sociales et économiques de ces inégalités. À travers une enquête de terrain menée auprès des malades atteints de MCV à Bejaïa, cette recherche vise à fournir des réponses concrètes aux questions soulevées, tout en proposant des pistes de

réflexion et des recommandations pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de cardiologie.

Sur le plan conceptuel, les travaux fondateurs de Grossman (1972), Acton (1975) et Christianson (1976) ont montré l'influence des variables économiques sur la demande de soins, bien que les études empiriques aient révélé des élasticités-prix faibles pour l'ensemble de la population, mais fortes pour les groupes vulnérables. Les principaux déterminants du pouvoir d'achat ont été examinés : revenus, inflation, fiscalité, politiques publiques, croissance économique et confiance des consommateurs. Les approches théoriques mobilisées vont de la théorie quantitative de la monnaie (relation entre masse monétaire et niveau des prix) à la parité de pouvoir d'achat (PPA), en passant par l'approche microéconomique (arbitrage consommation/épargne, utilité marginale) et macroéconomique (pouvoir d'achat comme indicateur de la santé économique). Par ailleurs, l'analyse des systèmes de santé comparés (Bismarck, Beveridge, etc.) a souligné l'importance des mécanismes de solidarité et de couverture universelle pour réduire les inégalités d'accès.

L'analyse de l'accessibilité financière aux soins distingue les coûts directs (hospitalisation, médicaments, consultations, actes médicaux de radiologie et d'analyses, etc.), les coûts indirects (absentéisme, perte de revenu) et les coûts intangibles (souffrance, perte de qualité de vie). Par exemples : en 2018 au Canada, les coûts directs des blessures hospitalisées s'élèvent à 6,4 milliards CAD ; en France en 2020, le coût direct du cancer est de 21 milliards €, celui des MCV de 18 milliards €. Les coûts indirects peuvent représenter 3 à 5 fois les coûts directs ; les aidants familiaux perdent en moyenne 30 % de leur temps productif. Les modèles de couverture sociale ont été décrits : Bismarck (France, 68 % des soins pris en charge, 95 % avec complémentaires), Beveridge (Royaume-Uni, service gratuit au point de service), Medicare/Medicaid (États-Unis, 40 % de la population couverte par le public, 17 500 \$ de dépenses annuelles pour une famille), système mixte canadien (97 % de couverture via régimes provinciaux). Le modèle du paiement direct, courant en Afrique subsaharienne, exclut de fait les ménages pauvres. Malgré la trajectoire vers la couverture sanitaire universelle (CSU), l'OMS estime qu'en Europe 1 ménage sur 5 subit des dépenses de santé catastrophiques (> 40 % du budget). En outre, les populations vulnérables incluent les ménages à faibles revenus (4,5 milliards de personnes sans services essentiels), les malades chroniques et les personnes âgées, surtout en zones rurales et post-conflit. Plusieurs théories économiques ont tenté d'expliquer l'accessibilité financière aux soins : concurrence néoclassique (maximisation de l'utilité, limitées en santé), biens quasi-publics (non-

exclusion partielle, externalités positives), asymétrie de l'information (aléa moral, sélection adverse), théorie de l'agence (conflits principal-agent), élasticité-prix de la demande (– 0,2 à – 0,6 pour les médicaments). L'approche des déterminants sociaux de la santé, initiée par l'OMS, a montré que 50 % des écarts d'espérance de vie entre pays riches et pays pauvres relèvent de conditions de vie et de travail.

Dans le cas de l'Algérie, le deuxième chapitre a révélé une augmentation significative du revenu disponible des ménages, passant de 14 851 milliards de dinars en 2019 à 22 710 milliards de dinars en 2024, soit une hausse de 53%. Cette progression s'explique en grande partie par les politiques de revalorisation des salaires, des pensions et des allocations sociales. Cependant, cette amélioration nominale a été partiellement absorbée par une inflation persistante, atteignant 6,4% en 2024, et par la hausse des prix des produits alimentaires, qui ont contribué à hauteur de 60,82% à l'évolution de l'indice des prix à la consommation en 2021. De plus, le taux de chômage, bien qu'en baisse à 9,7% en 2024, reste un frein à l'amélioration du pouvoir d'achat, notamment chez les jeunes et dans les régions rurales. La dépendance aux hydrocarbures, qui représentait 82% des exportations en 2021, expose l'économie algérienne aux chocs extérieurs, limitant la marge de manœuvre de l'État en matière de subventions et de transferts sociaux. Selon les données nationales, elles confirment une amélioration nominale du pouvoir d'achat, mais révèlent l'érosion du pouvoir d'achat réel face à l'inflation importée et aux contraintes budgétaires. Les disparités salariales, sectorielles et régionales restent marquées, tandis que la diversification économique tarde à réduire la dépendance aux hydrocarbures.

Le recours massif aux subventions sociales, s'il soutient le pouvoir d'achat à court terme, interroge la soutenabilité budgétaire à moyen terme. Pour garantir durablement le pouvoir d'achat et l'accès équitable aux soins en Algérie, il faut combiner réformes structurelles (diversification, formalisations de l'emploi, régulation anti-inflationniste), renforcement de la protection sociale ciblée, et leviers d'innovation (télémédecine, financement hybride, partenariats public-privé).

Cette recherche a permis d'analyser en profondeur la relation complexe entre le pouvoir d'achat des ménages et l'accessibilité financière aux soins de santé, en particulier dans le contexte algérien et plus spécifiquement pour les soins de cardiologie dans la wilaya de Bejaia. Les principaux résultats issus des chapitres théorique et empirique mettent en lumière des enjeux économiques, sociaux et sanitaires majeurs.

S'agissant de l'accessibilité aux soins, les données de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) de Bejaia ont montré que les maladies cardiovasculaires représentaient 33,96% des pathologies chroniques en 2019, soit 37 589 patients. Près de la moitié des malades chroniques de la wilaya (46%) étaient concernés par des MCV. Ces pathologies, souvent chroniques et coûteuses, pèsent lourdement sur le budget des ménages, d'autant que les dysfonctionnements du système public (pénurie de matériel, de médicaments, orientation vers le privé) alourdissent les dépenses directes et indirectes.

Nous avons effectué une enquête de terrain afin de confirmer que le pouvoir d'achat insuffisant limite l'accès aux soins spécialisés, aux médicaments et aux examens complémentaires, entraînant des renoncements ou des retards de prise en charge. Les populations vulnérables, notamment les ménages à faible revenu, les personnes âgées et les malades chroniques, sont les plus touchées par cette double peine : faible pouvoir d'achat et besoins de santé accrus. D'après notre enquête, malgré une couverture sociale étendue (90,9%), la quasi-totalité des patients participent financièrement à leurs soins de cardiologie. Les ménages supportent l'essentiel des dépenses directes (les consultations, les analyses médicales, les actes de radiologie et les déplacements). Le secteur libéral est majoritairement sollicité pour les soins spécialisés, accentuant les coûts pour les patients.

Les dépenses de santé atteignent un seuil catastrophique pour 73 % des ménages, excédant 10 % de leur revenu. Face à cette pression financière, plus de la moitié des patients (55,3 %) sont contraints de solliciter l'aide familiale. Un quart des ménages (25 %) s'endettent, et 19 % dépendent d'une aide extérieure pour financer leurs soins. Plus grave encore, la moitié des malades (50,4 %) interrompent leurs traitements pour des raisons économiques, ce qui aggrave inévitablement leur état de santé.

En outre, les conséquences sociales sont lourdes : isolement, stress chronique, perte d'emploi et appauvrissement. D'ailleurs, 80 % des patients jugent leur accès aux soins de cardiologie « difficile » ou « très difficile ». Ils développent un sentiment d'injustice sociale, de stigmatisation et se sentent structurellement désavantagés dans un système où les ressources financières personnelles dictent la qualité et la rapidité du parcours de soins. Donc, une meilleure accessibilité financière passe par un renforcement de la sécurité sociale, des mutuelles et des politiques publiques de subventions ciblées sur cette population vulnérable, atteinte de maladies cardiovasculaires et ayant de faibles revenus.

Cette étude confirme que l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de cardiologie passe par une politique économique intégrée, combinant renforcement du pouvoir d'achat, élargissement de la couverture sociale, et réforme du système de santé. La soutenabilité de ce modèle repose sur une diversification économique, une meilleure gouvernance des ressources et une solidarité nationale renforcée. Sans une approche globale, les inégalités en matière de santé risquent de s'aggraver, avec des conséquences socio-économiques durables.

Face à cette urgence sanitaire et sociale, il est impératif d'adopter une approche politique courageuse et différenciée. Les recommandations suivantes s'imposent :

- 1. Renforcement de la couverture sociale :** Il est impératif de combler les lacunes actuelles de la sécurité sociale en élargissant la prise en charge des soins essentiels. Cela inclut les consultations médicales, les actes de radiologie, les analyses médicales et les frais de déplacement, qui représentent une part importante des dépenses directes des ménages. Une attention particulière doit être accordée aux affections de longue durée (ALD), telles que les maladies cardiovasculaires, qui nécessitent des soins réguliers et coûteux. En Algérie, où la gratuité des soins publics est un pilier du système de santé, il est crucial de garantir qu'une gratuité qui s'étende également aux services souvent externalisés vers le secteur privé, comme les examens de radiologie ou les analyses biochimiques, en raison des dysfonctionnements des structures publiques. Cela pourrait se faire par des conventions renforcées entre la sécurité sociale et les cliniques privées, avec un contrôle strict des dépassements d'honoraires.
- 2. Mécanismes de protection financière ciblés :** Les pathologies lourdes et coûteuses, telles que les valvulopathies et les malformations congénitales nécessitent des dispositifs de soutien financier spécifiques. Ces dispositifs pourraient inclure :
 - **Plafonnement du reste à charge :** Fixer un seuil maximal de dépenses que les ménages pourraient supporter pour ces pathologies, au-delà duquel l'État ou la sécurité sociale prendraient en charge la totalité des coûts.
 - **Création d'un fonds spécial pour les maladies chroniques :** Ce fonds, financé par l'État, les cotisations sociales et des partenariats publics-privés, pourrait être dédié à la prise en charge des traitements chroniques onéreux et des interventions médicales complexes.

- **Subventions directes pour les ménages vulnérables** : Identifier les familles à faibles revenus et leur accorder des aides financières directes pour couvrir les frais de santé, en particulier pour les maladies nécessitant des soins prolongés.

Ces mécanismes permettraient de réduire les inégalités d'accès aux soins et de protéger les ménages les plus précaires contre l'endettement ou le renoncement aux traitements.

3. Simplification des procédures : La complexité des démarches administratives pour obtenir une prise en charge ou un remboursement constitue un obstacle majeur, en particulier dans les situations d'urgence. En Algérie, où les procédures sont souvent perçues comme lourdes et bureaucratiques, il est essentiel de :

- **Digitaliser les processus** : Mettre en place des plateformes numériques accessibles pour soumettre les demandes de prise en charge, suivre leur statut en temps réel et réduire les délais de traitement.
- **Créer des guichets uniques** : Ces guichets, présents dans les hôpitaux et les agences de sécurité sociale, pourraient centraliser toutes les démarches administratives liées aux soins, évitant ainsi aux patients de multiplier les déplacements.
- **Simplifier les conditions d'accès aux soins d'urgence** : Supprimer les exigences administratives complexes pour les cas urgents, comme les AVC ou les infarctus, où chaque minute compte. Les patients devraient pouvoir bénéficier immédiatement des soins nécessaires, avec une régularisation administrative a posteriori.

4. Amélioration de l'information et de l'orientation : Un grand nombre de patients ignorent leurs droits en matière de couverture sociale ou ne savent pas comment accéder aux aides disponibles. Pour remédier à cela, il est nécessaire de :

- **Renforcer les campagnes d'information** : Organiser des campagnes de sensibilisation à grande échelle, en utilisant les médias traditionnels (radio, télévision) et numériques, pour informer les citoyens sur leurs droits en matière de santé et sur les services gratuits ou subventionnés disponibles.
- **Former le personnel médical et administratif** : Les professionnels de santé, les agents administratifs et les assistantes sociales doivent être formés pour mieux

orienter les patients, en particulier ceux issus de milieux défavorisés ou vivant dans des zones rurales.

- **Créer des centres d'assistance téléphonique** : Ces centres pourraient fournir des informations claires et précises sur les démarches à suivre, les droits des patients et les structures de soins disponibles

5. Intégration des soins psychologiques et sociaux : Les maladies cardiovasculaires ne se limitent pas à leurs dimensions physiques ; elles ont également des répercussions psychologiques et sociales profondes, notamment en raison du stress financier et de l'isolement social qu'elles engendrent. En Algérie, où les soins psychologiques sont souvent négligés, il est crucial de :

- **Inclure un soutien psychologique dans les parcours de soins** : Proposer des consultations psychologiques gratuites ou subventionnées pour les patients atteints de MCV et pour leurs familles, afin de les aider à gérer le stress, l'anxiété et la dépression liés à la maladie.
- **Créer des groupes de soutien communautaires** : Encourager la création de groupes de parole et de soutien pour les patients et leurs proches, afin de briser l'isolement social et de favoriser l'entraide.
- **Former les professionnels de santé** : Sensibiliser les médecins et les infirmiers à l'importance de la santé mentale dans la prise en charge globale des patients, et les former à détecter les signes de détresse psychologique

6. Politiques macro-économiques favorisant le pouvoir d'achat : Le pouvoir d'achat des ménages algériens est un facteur clé de leur capacité à accéder aux soins. Dans un contexte marqué par une inflation croissante et une stagnation des salaires. Il est essentiel de mettre en œuvre des politiques économiques qui améliorent directement les conditions de vie des citoyens. Ces politiques pourraient :

- **Augmenter les salaires et les pensions** : Revoir à la hausse le salaire minimum et les pensions de retraite pour aligner les revenus sur le coût de la vie, en tenant compte de l'inflation.
- **Réduire les taxes sur les produits de première nécessité** : Alléger la fiscalité sur les produits de base, y compris les médicaments et les équipements médicaux, pour réduire leur coût pour les ménages.

- **Renforcer les subventions pour les médicaments essentiels** : Garantir la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments pour les maladies chroniques, en subventionnant davantage les traitements indispensables.
 - **Encourager l'emploi et l'entrepreneuriat** : Mettre en place des programmes de création d'emplois et de soutien à l'entrepreneuriat, en particulier pour les jeunes et les femmes, afin de renforcer la résilience économique des ménages.
- 7. Renforcer les infrastructures de santé dans les zones rurales et défavorisées** : Il est crucial de réduire les disparités géographiques en matière d'accès aux soins. En Algérie, les zones rurales et éloignées souffrent d'un manque de structures de santé et de personnel médical. Pour y remédier :
- **Construire et équiper des centres de santé dans les zones sous-desservies** : Prioriser les régions rurales et enclavées pour garantir un accès équitable aux soins.
 - **Encourager la mobilité des professionnels de santé** : Mettre en place des incitations financières et des avantages pour attirer les médecins et les spécialistes dans les zones rurales.
 - **Développer la télémédecine** : Exploiter les technologies numériques pour permettre aux patients des zones éloignées de consulter des spécialistes sans avoir à se déplacer.

Bien que l'État ait consenti d'importants efforts en matière de politique de santé et de prise en charge des populations vulnérables, conformément à l'approche des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, l'accessibilité effective aux soins de cardiologie demeure insuffisante pour de nombreux malades. Cette situation s'explique principalement par l'existence de barrières financières qui limitent l'accès aux services de santé, en particulier pour les malades à faibles revenus.

Références Bibliographiques

Bibliographie

1. CNAS. (2022). Statistiques. *Services statistiques*. Direction Générale de Bejaia.
2. AAPI. (2025, 08 24). *Infrastructures de soutien à l'investissement*. Récupéré sur Agence Algérienne de Promotion de l'investissement: <https://aapi.dz/infrastructure-de-soutien-a-linvestissement>
3. Abbou, Y., & Brahamia, B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociale "Insaniyat"*, 75-76.
4. Abbou, Y., & Brahamia, B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé . *Revue Insaniyat*(n°75-76), 149-171.
5. Abdelmalek, H., Benacheur, A., & Tarhlissia, L. (2025, 06). DÉTERMINANTS DES DÉPENSES PUBLIQUES EN ALGÉRIE : UNE PERSPECTIVE MACROÉCONOMIQUE. *Revue de gestion moderne*, 30(2), 7-23.
6. Académie des sciences commerciales. (2025, 07 23). *pouvoir d'achat*. Récupéré sur [sciences-commerciales.com: https://www.sciences-commerciales.com/index.php/Pouvoir_d%27achat](https://www.sciences-commerciales.com/index.php/Pouvoir_d%27achat)
7. Acton, J. (1975). Nonmonetary factors in the demand for medical services: some empirical evidence. *Journal of political economy*, 595-614.
8. Adler, M., & Lehmann, B. (1983). Deviations from purchasing power parity in the long run. *Journal of Finance, American Finance Association*, 38(5), 1471-1487.
9. ADLI, Z. (2004). Réformes économiques et performances des entreprises publiques agroalimentaires : le cas de l'ERAD d'Alger (1983-2000). *Cahiers du CREAD n°6869*, 85-129.
10. Ahmed, K. (2018, 08 28). *Elasticité, American institute of Healthcare management*. Récupéré sur <https://amihm.org/elasticity>
11. Ait Cherif, K. (2016, 11 10). *Subventions à l'énergie: Un gouffre financier qui mine le Trésor public*. Récupéré sur www.algerie-eco.com/2016/11/10/subventions-a-lenergie-gouffre-financier-tresor-public
12. Akalay, O. (2001). L'économie algérienne, de l'ère des réformes (1989-1991) à celle de l'ajustement structurel (1994-1998). Dans A. Mahiou, & J.-R. Henry, *Où va l'Algérie ?* (pp. 45-66). Paris: Karthala.
13. Akin, J. G. (1986). The Demand for Adult Outpatient Services in the Bicol Region of Philippines. *Social Service and Medecine*, 22(3), 321-328.
14. Alowou, A. P. (2020). Accès aux soins et protection financière au Togo. *Thèse de doctorat en sciences économiques*. Université de Bourgogne.

15. American Psychological Association. (2025, 07 10). *Politiques nouvelles et proposées affectant l'accès aux soins de santé mentale*. Récupéré sur <https://updates.apaservices.org/>
16. Ameur, A., & Sefih, S. (2021, 04). Inégalités de revenus et croissance économique en Algérie : étude empirique sur la période 1980-2015. *revue Dynamique de gestion dans l'économie du savoir*, 9(1), 39-49.
17. Amir, M. (1986). *Contribution à l'étude de la santé en Algérie*. Alger: OPU.
18. Anand, P. (2021). Wellbeing in Public Policy: Contributions Based on Sen's Capability Approach. *LSE Public Policy Review*, 2(2).
19. Angel, M. (1998). *Utilité marginale du revenu et divergence entre surplus équivalent et compensateur*. (éd. In La nature a-t-elle un prix ?). Paris: Presses des Mines.
20. Antonin, C. (2019). The Links between Saving Rates, Income and Uncertainty: An Analysis based on the 2011 Household Budget Survey. *Economics and Statistics*, 47–68.
21. APS. (2022, 03 31). *Interdiction de l'utilisation du lait subventionné par les opérateurs économiques: des brigades du Commerce sur le terrain dès vendredi*. Récupéré sur www.aps.dz
22. APS. (2022, 01 05). *Le ministère du Commerce refuse toute augmentation du prix du pain ordinaire subventionné*. Récupéré sur www.aps.dz
23. APS. (2022, 05 10). *Soutien de l'Etat à la production du lait frais: plus de 18 milliards de DA annuellement*. Récupéré sur www.aps.dz
24. APS. (2022, 03 10). *Soutien de l'Etat à la production du lait frais: plus de 18 milliards de DA annuellement*. Récupéré sur <https://www.aps.dz>
25. APS. (2022, 04 14). *Sud et Hauts plateaux: une subvention des factures d'électricité de 25% à 65%*. Récupéré sur www.aps.dz
26. APS. (2023, 02 16). *L'huile de table subventionnée à hauteur de 108 mds DA entre janvier et novembre 2022*. Récupéré sur www.aps.dz
27. APS. (2024, 12 12). *Allocation de 60 milliards de dinar à la restauration scolaire en 2024*. Récupéré sur www.aps.dz
28. APS. (2025, 09 12). *Finances: "une augmentation significative" des revenus des ménages en Algérie en cinq ans reflète une hausse de leur pouvoir d'achat*. Récupéré sur <https://www.aps.dz/>
29. APS. (2025, 01 2018). *Industrie pharmaceutique: couverture du marché national à hauteur de 70%*. Récupéré sur Algérie presse service: <https://www.aps.dz/>

30. APS. (2025, 09 19). *La commercialisation du lait de vache subventionné a permis de baisser la facture d'importation de la poudre de lait de plus de 17 millions de dollars*. Récupéré sur www.aps.dz
31. APS. (2025). *La rentrée scolaire 2024-2025 en chiffres*. Récupéré sur www.aps.dz/algerie/176387-la-rentree-scolaire-2024-2025-en-chiffres
32. Arib, F., & Khaldi, N. (2022, 03). Économie de santé : Revue de littérature théorique et empirique. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 4(2), 308-322.
33. Armstrong, P., & Armstrong, H. (1999). *Soins de santé décentralisés aux Canada*. Récupéré sur PubMed Central, National Library of Medicine Canada: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov>
34. Arnsperger, C., & Varoufakis, Y. (2006). What Is Neoclassical Economics? The three axioms responsible for its theoretical oeuvre, practical irrelevance and, thus, discursive power,. *Panoeconomicus*(1), 5–18.
35. Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). L'expérience RAND sur l'assurance maladie, trois décennies plus tard. *Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 197–222.
36. Arrêté du 09 juillet. (2015, 07 09). Relatif à l'interdiction d'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine fabriqués en Algérie. *JORADP*.
37. Arrêté du 13 octobre. (2024). *Définissant le seuil des quantités annuelles de gaz naturel consommées sur le territoire national à partir duquel le prix de vente est librement négocié, journal officiel n°74*. Récupéré sur www.joradp.dz
38. Arrêté ministériel . (2008, 03 6). Fixant la liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale.
39. Arrow, K. J., & Debreu, G. (1954). Existence of an equilibrium for a competitive economy. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 265-290.
40. Article 205 de la loi 18-11 . (2018, 08 02). Relative à la santé. *JORADP*.
41. Aschan-Leygonie, C. (2017). Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise. *Revue francophone sur la santé et les territoires* .
42. Association Je t'Aide. (2025, 05 28). *Sortie du baromètre Aidant-es 2024 du Collectif Je t'Aide*. Récupéré sur <https://associationjetaide.org>
43. Assurance Maladie. (2025, 07 14). *La téléconsultation*. Récupéré sur <https://www.ameli.fr/>

44. Atlas Mondial des Données. (2021, 06 06). *Dépenses totales courantes de santé*. Récupéré sur <https://knoema.com/atlas/Algeria/Health-expenditure-as-a-share-of-GDP>
45. Atlas Mondial des Données. (2024, 11 15). *PIB par habitant*. Récupéré sur <https://knoema.com/atlas/Algeria>
46. 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 économiques*. Bejaia, Bejaia, Algérie: Université A-Mira de Bejaia.
47. Azri, K., & Belhocine, H. (2023). *والدوافع التطور: بجاية في النسائية الأعمال زيادة*. *Revue «Beam Journal of Economic Studies», 7(2), 121-136.*
48. Azri, K., & Brahamia, B. (2018, 12 24). La transition démographique en Agérie. *Les cahiers du mecas, 14(2), 45-56.*
49. AZRI, K., & BRAHAMIA, B. (2018, 03). Les défis de l'industrie pharmaceutique face à la transition sanitaire en Algérie. *Journal of Industrial Economics-Khezzartech, 14(1), 55.*
50. Azri, K., & Brahamia, B. (2023). Impact de la transition épidémiologique sur les dépenses de l'assurance maladie en Algérie. *Revue Forum d'études et de recherches économiques, 7(2), 600-617.*
51. Babou, O., & Adair, P. (2016). L'économie informelle a tizi-ouzou (algérie) : Déterminants, segmentation et mobilité. *Les Cahiers de l'Association Tiers-Monde(31).*
52. Bagein, G. (2022, 09). L'état de santé de la population en France. *LES DOSSIERS DE LA DREES, N° 102, l'INSEE France*. Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
53. Banque d'Algérie. (2017). *Synthèse sur les tendances monétaires et financières en 2015 et au cours des neuf premiers mois de 2016 et politiques de résilience et d'accompagnement en contexte de choc externe durable*. Récupéré sur www.bank-of-algeria.dz
54. Banque d'Algérie. (2022). *Rapport annuel 2021 : évolution économique et monétaire*. Alger: Banque d'Algérie.
55. Banque d'Algérie. (2022). *Les déterminants de l'inflation en algérie : Analyse économétrique sur la période 2011 – 2021*. document de travail 01-2022, Alger.
56. Banque d'Algérie. (2025, 07 10). *Inflation* . Récupéré sur <https://www.bank-of-algeria.dz/ipc-et-inflation/>

57. Banque d'Algérie. (2025, 07 14). *IPC*. Récupéré sur www.bank-of-algeria.dz/ipc-et-inflation/
58. Banque d'Algérie. (2025, 06 15). *Taux de change*. Récupéré sur <https://www.bank-of-algeria.dz/donnees-historiques>
59. Banque de France. (2020, janvier). *La mesure du pouvoir d'achat, l'éco en bref*. Récupéré sur [banque-france.fr: https://www.banque-france.fr/fr/system/files/2024-10/819432_pouvoir-achat.pdf](https://www.banque-france.fr/fr/system/files/2024-10/819432_pouvoir-achat.pdf)
60. Banque Mondiale. (2025, 07 14). *Fragilités, conflits et violences*. Récupéré sur www.banquemondiale.org
61. Barnay, T., & Rochaix, L. (2008). *Les soins de santé, un marché "pas comme les autres "*. Paris: La Documentation française.
62. Barry, I., & al, &. (2021, April). Impact de la pandémie de COVID-19 sur les activités du service de cardiologie de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry. *Ann Cardiol Angeiol*, 70(2), 102-116. doi:doi: 10.1016/j.ancard.2020.09.041
63. Bedjaoui, Z. (2013). Synthèse Sur Les Réformes Monétaires En Algérie Et Leurs Implications Sur Quelques Indicateurs Macroéconomiques 1962-2012. *Revue d'ECONOMIE et de MANAGEMENT*, 12(1), 102-114.
64. Bejean, S. (1999). De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités. *revue Politiques et Management Public*, 17(1), 145-175.
65. Béjean, S. (2009). Les fondements de la micro-économie de la santé : le marché de la médecine libérale. Dans P. Bras, & G. De Pourville, *Tabuteau Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. p. 43-52). Presses de Sciences Po.
66. Bekkis, S., Benmehia, A., & Kaci, A. (2022). Évaluation de la politique de régulation des prix des céréales en Algérie : Une étude analytique. *Colloque National sur la Financiarisation du Marché Mondial des Matières Premières*. Tizi Ouzou, Algérie: université de Tizi Ouzou.
67. Bellache, Y. (2010). L'économie informelle en Algérie, une approche par enquête auprès des ménages- le cas de Bejaia. *Thèse de doctorat en sciences*. Bejaia, Algérie: Université Paris-Est Créteil et Université de Bejaia.
68. Ben Nacer, A. (2002). الجزائر في الهيكلي والتعديل التكيف لبرنامج والاجتماعية الاقتصادية الآثار. *social and human sciences review*, 3(7), 119-142.
69. Bénicourt, E., & Guerrien, B. (2008). La théorie économique néoclassique : Microéconomie, macroéconomie et théorie des jeux . *La Découverte*, p. 5-9.

70. Benkada, H., & Mebtoul, M. (2018). mplication associative et travail de santé des personnes atteintes de sclérose en plaques et de leurs proches à Oran (Algérie). *إنسانيات / Insaniyat* /, 80-97.
71. Benzaza, M. (2022). Study of inflation in Algeria (1990-2019). *Finance & Markets Review*, 9(1), 274-292.
72. Berr, E. (2019). *Macroéconomie*. Paris: Dunod.
73. Bertrandias, L., & Lapeyre, A. (2009). La préoccupation de maintien du pouvoir d'achat Proposition d'un critère de segmentation. *Décisions Marketing*, 56(4), 11-22.
74. Blanchard, F. (2023). *Déserts médicaux*. Récupéré sur <https://www.bfmtv.com/>
75. Blanchet, D., & Lenseigne, F. (2019). Economic Growth and Household Purchasing Power in France: Key Changes since 1960. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, 53–68.
76. Blomqvist, A. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*, 10(4), 411-432.
77. Blumenthal, D. (2010). CARACTÉRISTIQUES D'UN BIEN PUBLIC ET COMMENT ELLES S'APPLIQUENT AUX DONNÉES DE SANTÉ. *National Academies Press (États-Unis)*.
78. BM. (2017). *rapport de suivi de la situation économique de l'Algérie*. Récupéré sur <https://documents1.worldbank.org/curated/en/496761499968921052/pdf/117451-FRENCH-WP-Algeria-Eco-Monitoring-pub-6-22-17web.pdf>
79. BM. (2020, 06 06). *Dépenses de santé des administrations publiques nationales*. Récupéré sur <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
80. BM. (2020, 06 05). *Données médecins pour 1000 personnes*. Récupéré sur www.donnees.banquemondiale.org
81. BM. (2020, 06 05). *Nombre de médecins pour 1000 habitants en Algérie*. Récupéré sur <http://perspective.usherbrooke.ca>
82. BM. (2021, 05 24). *Les dépenses publiques de santé*. Récupéré sur <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS>
83. BM. (2021). *Santé*. Récupéré sur www.banquemondiale.org
84. BM. (2023). *Rapport sur la diversification économique et les défis structurels en Algérie*. Récupéré sur www.worldbank.org
85. BM. (2024). *Algérie : Rapport de suivi de la situation économique*. Récupéré sur www.world-bank.org

86. BM. (2024, 11 05). *Dépenses totales courantes de santé*. Récupéré sur Perspectives monde, université de Sherbrooke: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codePays=DZA&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=3&codeStat2=x&>
87. BM. (2024, 12 20). *Espérance de vie à la naissance*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codePays=DZA&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=x&codePays2=DZA&optionsDetPeriodes=avecNomP>
88. BM. (2024, 12 22). *Evolution de la population de 65 ans et + en % de la population totale en Algérie*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca>
89. BM. (2024, 12 20). *La natalité pour 1 000 habitants en Algérie*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codePays=DZA&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=x&codePays2=DZA&optionsDetPeriodes=avecNomP>
90. BM. (2024, 12 22). *Main d'œuvre féminin*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/>
91. BM. (2024, 12 27). *Taux de croissance annuelle de la population en Algérie*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.POP.GROW&codePays=DZA&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&code>
92. BM. (2024, 12 20). *Taux de mortalité générale ALgérie*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=3&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codePays=DZA&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=x&codePays2=DZA&optionsDetPeriodes=avecNomP>
93. BM. (2025, 09 20). *Agriculture, valeur ajoutée en % du PIB- Algérie*. Récupéré sur <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NV.AGR.TOTL.ZS?locations=DZ>
94. BM. (2025, 08 06). *Banque de données*. Récupéré sur <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS>
95. BM. (2025, 05 23). *Le PIB de l'Algérie en dinars constant 2010, consulté le 23/05/2021*. In, . Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca>
96. BM. (2025, 04 10). *PIB par habitant en Algérie*. Récupéré sur www.who.int
97. BM. (2025, 09 04). *Population totale, algérie*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca>
98. BM. (2025). *RNB par habitant, méthode Atlas*. Récupéré sur <https://donnees.banquemondiale.org>

99. BM. (2025, 09 20). *Taux d'urbanisation en ALgérie*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=DZA&codeTheme=1&codeStat=SP.URB.TOTL.IN.ZS>
100. BM. (2025, 08 12). *Taux de chômage*. Récupéré sur <https://fr.statista.com/statistiques/794567/taux-de-chomage-algerie/>
101. Boccuzzi, S. (2003). Indirect Health Care Costs. (W. (. Weintraub, Éd.) *Cardiovascular Health Care Economics. Contemporary Cardiology.* , 978-1007.
102. Boetzelaer, E., & & all. (2025, 01). Health needs of older people and age-inclusive health care in humanitarian emergencies in low-income and middle-income countries. *a systematic review*, 6(1), 663-700.
103. Bontron, J.-C. (2013). L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences. *Gérontologie et Société*, 146(3), 153-171.
104. Bouhou, K. (2009). L'Algérie des réformes économiques : un goût d'inachevé. *Politique étrangère*, 323-335.
105. Bouhriz Daïdj, F. (2018). Evolution de l'emploi informel en algerie : Estimation et comparaison entre la wilaya d'Oran, Bejaia et Tizi-Ouzou ,. *Revue Algérienne d'Economie de gestion*, 12(1).
106. Bouladjine, F., & Biraz, N. (2021). الجزائر في الشرائية القدرة انخفاض أسباب في قراءة. *The International Journal in Economics and Business Strategies*, 1(1), 21-34.
107. Boulahrik, M. (2016). Financement du système de santé algérien. *Revue des Sciences Économiques, de Gestion et de Commerce*(33).
108. Boutaleb, K. (2015, 09). La problématique de l'équité salariale en Algérie. *revue «Les Publications de la Recherche Gouvernance & Economie Sociale»*(1).
109. Bouyacoub, B. (2017, 06). Impact de l'investissement direct étranger sur la croissance économique en algerie : une étude empirique en utilisant l'approche ARCH and GARCH. *revue Histoire économie et société*(10), 73-93.
110. Bouziani, M. (2002). Les soins de santé publique : quels enjeux ? *Journal International de Bioéthique*, 13(03), 27-35.
111. Brahamia, B. (2010). *Economie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé*. Constantine : Edition Bahaeddine.
112. Brahamia, B. (2014). Transition sanitaire en Algérie, les défis de financement de l'assurance maladie,., *colloque international sur les politiques de santé* (p. 37). Alger: Université Alger 2, 18 et 19 janvier.

113. Brahamia, B., & Kaddar, M. (2021). Impact of Economic Policies on Household Purchasing Power in Algeria. *Journal of Economic Studies*, 48(3), 456-472.
114. Brahamia, B. (2014). Les politiques sociales en Algérie : enjeux et perspectives. *Revue Algérienne d'Économie et de Gestion*, 2(1), 45-60.
115. Brahamia, B., & Kaddar, M. (2023). Economic Policies and Inflation Dynamics in Algeria: An Empirical Analysis. *Journal of Economic Studies*, 50(1), 123-145.
116. Brand-Correa, L., Brook, A., Büchs, M., Meier, P., Naik, Y., & O'Neill, D. (2022, 04). Economics for people and planet-moving beyond the neoclassical paradigm. *Lancet Planet Health*, 371-379.
117. Breton, E., & Sherlaw, W. (2013). Penser la programmation en santé publique dans une perspective de capacités. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(2), S89-S94.
118. Brookes, K., & Facchini, F. (2022). Confiance et épargne : un bilan de la littérature. *Revue d'économie politique*, 132(1), 15-48.
119. Cattaruzza, A., & Dorier, E. (2015). Postconflit : entre guerre et paix ? *Hérodote*, 158(3), 615-634.
120. Cerovic, L., & Samarzija, N.-D. (2012). Le problème de l'agence dans les soins de santé et l'importance des incitations. *4e Conférence scientifique internationale "Connaissances et défis commerciaux de la mondialisation en 2012"*. Slovénie: Celje.
121. Chambaretaud, S., & Hartmann, L. (2004, 04). Economie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles. *revue de l'OFCE*(91), P235-268.
122. Chandra, A., Gruber, J., & McKnight, R. (2010). Participation aux frais des patients et compensations d'hospitalisation chez les personnes âgées. *American Economic Review*, 100(1), 193–213.
123. Chang, T., Lee, C.-H., & Hung, K. (2012). Can the PPP stand on the BRICS? The ADL test for threshold cointegration. *Applied Economics Letters*, 19, 1123–1127.
124. Chaouche, A. (2014). Le financement du système de santé. *colloque international sur les politiques de santé 18-19 janvier 2014* (p. 2). Alger: Université Alger 2.
125. Chaoui, F., & Legros, M. (2013, 10). Le maghreb face aux nouveaux enjeux mondiaux: les systèmes de santé en Algérie, au Maroc et en Tunisie, des transitions inachevées. *notes de l'IFRI*, p. 43.

126. Charfi, O., & Ben Driss, A. (2022). الجزائر في للأجور الشرائية القدرة وتقييم تحليل - والمالية الاقتصادية للدراسات المقريزي (1980 – 2019) الفترة خلال قياسية دراسة. *6(1)*, 32-53.
127. Cherif-Chakib, E. (2002, 12). Programme d'ajustement structurel et résultats socio-économiques en Algérie. *revue sciences humaines(18)*, 39-56.
128. Chernew, M., Gibson, T., Yu-Isenberg, K., & al. (2008). Effets d'une augmentation du partage des coûts avec les patients sur les disparités socioéconomiques dans les soins de santé. *Journal of General Internal Medicine*, *23(8)*, 1131–1136.
129. Cheurfa, T., & Kaid Tlilane, N. (2020, juin). La problématique des inégalités sociales de santé en Algérie : Une étude exploratoire du renoncement aux soins dans la Wilaya de Bejaia . *les cahiers du MECAS*, *16(1)*, 183-196.
130. Chibi, A., Chekouri, S., & Benbouziane, M. (2019). Dynamique de la politique budgétaire en Algérie : soutenabilité et changement structurel. *Economic Structures*, *28(8)*.
131. Chigara, H. (2020). Analyse des Causes du Choc Pétrolier de 2014 et ses Conséquences sur L'économie en Algérie. *Revue Abaad Iktissadia*, *1(10)*, 566 -580.
132. Chignier, A. (2009). Les politiques industrielles de l'Algérie contemporaine, le développement en faillite des relations entre Etat et appareil de production dans une économie en développement. Dans I. d. politiques (Éd.), *Séminaire Economie National du Monde Arabe* (p. 28). Lyon: Université Lyon 2.
133. Chikhi, S. (1994). Ajustement structurel, configuration sociale et précarisation des conditions d'existence en Algérie. *Cahiers du CREAD(37)*, 7-26.
134. Christianson, J. (1976). Evaluating location for outpatient medical care facilities. *Land Economics*, *52*, 299-313.
135. Citoni, G., De-Matteis, D., & Giannoni, M. (2022). Vertical Equity in Healthcare Financing: A Progressivity Analysis for the Italian Regions. *Healthcare*, *10(3)*, 449.
136. CLEISS. (2023). *Le régime américain de sécurité sociale*. Récupéré sur https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatsunis.html
137. CMA . (2025). *Les soins sont-ils différents selon l'endroit où l'on vit?* Récupéré sur <https://www.cma.ca/>
138. CNIS. (2018). *Les importations*. Alger: conseil national de l'informatique et des statistiques.
139. Comelieu, C. (2001). *Approche économique de la santé : rationalisation ou marchandisation ? La santé au risque du marché*. Graduate Institute Publications.

140. Conseil de la concurrence. (2019). *Etude sectorielle sur la concurrence du marché des médicaments à usage humain en Algérie*. Alger: Conseil de la concurrence.
141. Conseil National de l'Ordre. (2025, 07 10). *Atlas de la démographie médical en France*. Récupéré sur Ordre National des Médecins: www.conseil-national.medecin.fr
142. Coulibaly, A., Gautier, L., Touré, L., & Ridde, V. (2019). Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? *Revue internationale de politique de développement* .
143. Dahback, O. (1991). Saving and risk taking. *Journal of Economic Psychology*, 12(3), 479-500.
144. Damon, J. (2025, 04 13). *Les 90 ans de la sécurité sociale (aux États-Unis)*. Récupéré sur <https://www.telos-eu.com/fr/>
145. Daoudi, M. (2023). Impact de la politique budgétaire sur la croissance économique en Algérie : étude empirique utilisant le modèle SVAR. *les cahiers du CREAD*, 39(2), 37-62.
146. Décret 84 /27. (1984, 02 11). Fixant les modalités d'application du titre II de la loi 10 n°, 83-11 du 02-07-83 relative aux assurances sociales. *JORADP*.
147. Décret exécutif n° 11-108. (2011, 03 6). *du Aouel Rabie Ethani 1432 correspondant au 6 mars 2011 fixant le prix plafond consommateur ainsi que les marges plafonds, la production, l'importation et la distribution, aux stades de gros et de détail de l'huile alimentaire raffinée ordinaire et du suc*. Récupéré sur www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2011/F2011015.pdf
148. Décret exécutif n° 14-367. (2014, 12 15). du 22 Safar 1436 correspondant au 15 décembre 2014 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés autorisés à assurer des activités médico-chirurgicales cardiaques et cardio-vasculaires. *journal officiel n°75*, p. 3.
149. Décret exécutif n°07-402. (2007, 12 25). *Fixant les prix, la production et aux différents stades de la distribution des semoules de clé dur*. Récupéré sur Journal officiel n°80: www.joradp.dz/FTP/jo-francais/2007/F2007080.pdf
150. Décret exécutif n°23-411. (2023, 11 20). Portant attributions du ministère de la production pharmaceutique. *JORADP*.
151. Décret exécutif n°90-170. (1990, 06 2). *Fixant les conditions d'attribution des bourses et le montant des bourses*. Récupéré sur www.joradp.dz
152. Décret Présidentiel n° 21-137. (2021, 04 7). Fixant le salaire national minimum. *joradp*.

153. Décret présidentiel n° 22-156. (2022, 04 12). *portant transfert de crédits au budget de fonctionnement du ministère du commerce et de la promotion des exportations*. Récupéré sur JORAD: www.joradp.dz
154. décret présidentiel n°21-137. (2021). *correspondant au 7 avril*. Alger: JORADP.
155. Dei, V., & Sebastian, M. (2018). Is healthcare really equal for all? Assessing the horizontal and vertical equity in healthcare utilisation among older Ghanaians. *Int J Equity Health*, 17-86.
156. Dib, H., & Kadid, Y. (2023). الجزائر-في-الكلية-الإقتصاد-على-النفطية-الخدمات-أثر. *الذاتي-الإنحدار-شعاع-نموذج-باستخدام-(1980-2020)-لفترة-إخلال-var., les cahier du MECAS*.
157. Directeur des prestations , d. (2025, 05 26). Emission à radio nationale chaîne 1 sur la sécurité sociale. (A. Djeghri, Intervieweur)
158. Direction de l'information légale et administrative. (2024). *Qu'est-ce que la protection universelle maladie ?* Récupéré sur <https://www.service-public.fr>
159. Direction de la CNAS. (2025). *rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale; annexe 1 maladie, consulté le 22.10.2025*. Alger: CNAS.
160. Direction de la douane. (2025, 09 14). *évolution de la balance commerciale entre 2000 et 2013*. Récupéré sur www.douane.gov.dz
161. Direction de la planification et de suivi des budgets. (2025). *La population de Bejaia*. Bejaia: la Wilaya de Bejaia.
162. Direction de l'information légale et administrative (DILA). (2025, 07 23). *Le pouvoir d'achat : une notion pertinente?* Récupéré sur vie-publique.fr: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/282615-pouvoir-dachat-une-notion-pertinente>
163. Direction des ressources humaines. (octobre 2025). *effectifs des médecins cardiologues de Bejaia*. Bejaia: La DSP de Bejaia.
164. Djaballah, M., & Abdelmoutaleb, B. (2020). Analyse des interactions entre fiscalité et politique monétaire en Algérie. *Revue de recherche économique et de gestion*, 14(3), 73 - 86.
165. Djamel, A. (2002). Marché du travail, régulation et croissance économique. *Revue algérienne au travail*, 29.
166. Djeflat, A. (1999). *L'Algérie des principes de Novembre à l'ajustement structurel*. Dakar: édition Codesria.
167. Djorfi, Z., Mekhane, O., & Bounehas, A. (2022). L'impact des programmes de relance économique sur les indicateurs de bien-être économique en Algérie -Une

- étude économétrique utilisant le modèle ARDL pour la période 2000-2020. *Dirassat Journal Economic*, 13(2), 127-141.
168. Dorier, E., Lalou, R., Mazurek, H., & Morand, E. (2012). Géographie de la santé au LPED. *BAGF*, 298-294.
169. Doucet, H., & Duplantie, A. (2017). L'approche par les capacités : sa contribution aux pratiques soignantes. *Éthique & Santé*, 14(1), 11-18.
170. DREES. (2016). *La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), La complémentaire santé— Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Récupéré sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
171. DREES. (2022). *Résultats des comptes de la santé en France*. Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
172. Duggan, M., & Scott Morton, F. (2010). L'effet de la partie D de Medicare sur les prix et l'utilisation des médicaments. *American Economic Review*, 100(1), 590–607.
173. Durand-Zaleski, I. (2023). *En 2023, nous estimons le coût direct et indirect des maladies psychiatriques en France à 163 milliards d'euros*. Récupéré sur www.fondation-fondamental.org
174. El Abidia, S.-F. (2017). La production nationale de médicament en Algérie et les mécanismes de maîtrise des dépenses de remboursement de la sécurité sociale. *Thèse de doctorat en sciences économiques*. Jijel, Algérie: Université de Djijel.
175. El Mahjoub, R. (2020, 06 05). *Journée mondiale : la santé est un droit humain*. Récupéré sur www.fr.hespress.com
176. Elagoun, N. (2021). حالة للعملة الشرائية القوة على الرسمي الصرف سعر لأثر تحليلية دراسة (1970-2019) للفترة الجزائر *khazzartech*, 11(2), 94-116.
177. Ellis, R., Martins, B., & Zhu, W. (2017, 09). Health care demand elasticities by type of service. *J Health Econ*, 232-243.
178. Errabai, M. (2024, 10). Efficacité et Équité dans l'Accès aux Soins : Vers un Équilibre Durable pour les systèmes de santé. *revue scientifique africaine*, 3(26).
179. Ezzrari, A. (2022, 07). Les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : le cas du Maroc, n°54 juillet 2022. « *les cahiers du Pian* »(54), 3.
180. Fautrel, B., Boonen, A., Wit, M., Grimm, S., Joore, M., & Guillemin, F. (2020). Cost assessment of health interventions and diseases. *RMD Open*, 6(3), 10-36.

181. Ferhi, S. (2023). Measuring industry concentration and its relationship to performance. *Industrial Economics Journal-Khezzartech*, 13(1), 200-226.
182. Findibe, D., & al, e. (2014). Morbidité et mortalité hospitalière des maladies cardiovasculaires en milieu tropical: exemple d'un centre hospitalier à Lomé (Togo). *Pan African Medical Journal*, 17:62.
183. Finlayson, G., Ekuma, O., Yogendran, M., Burland, E., & Forget, E. (2025, 05 28). *Le coût supplémentaire des maladies chroniques au Manitoba 2010*. consulté le 28/05/2025. Récupéré sur Winnipeg (Manitoba) : Centre manitobain des politiques de santé: <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca>
184. Fischer, B., Leukert, K., Telser, H., & Vaterlaus, S. (2011). Dépenses de santé et frais de maladie. (P. Editeur, Éd.) *Interpharma Suisse*.
185. FMI. (2016). *Algérie, IMF Country Report No. 16/128, International Monetary Fund*. Récupéré sur www.imf.org/-/media/Websites/IMF/imported-full-text-pdf/external/pubs/ft/scr/2016/_cr16128.ashx
186. FMI. (2025, 5 14). *Inflation CPI indicator*. doi:doi:10.1787/eee82e6e-en
187. FMI. (2025, 06 30). *Les services du FMI achèvent leur mission de consultations au titre de l'Article IV en Algérie en 2025*. Récupéré sur www.imf.org
188. FMI. (2025, avril). *PIB par habitant, prix courants 2024*. Récupéré sur www.imf.org
189. FMI. (2025, 06 20). *Prix du baril de pétrole* . Récupéré sur www.imf.org
190. Fondation Nabni . (2018, 03). *Réforme des subventions et compensation des pertes de pouvoir d'achat, Alger* . Récupéré sur www.nabni.org/wp-content/uploads/2018/03/NABNI-Reforme-des-subventions-et-transferts-monetaires-FINAL-mars-2018.pdf
191. Franc, C., & Jelovac, I. (2018, 03). Des « Nobels » de sciences économiques au service des systèmes de santé. *section Repères, Sciences Médicales (Paris)*, 34(3), 261 - 266.
192. Gabriel, S., Drummond, M., Suarez-Almazor, M., & al, e. (2001). OMERACT 5. *Economics Working Group: summary, recommendations, and research agenda.*, 28(3), 670-690.
193. Gao, Y., Zhu, L., & Mao, Z. (2022). Comment améliorer la littératie en santé publique grâce à la théorie polycentrique des biens publics : préférences de la population chinoise. *BMC Public Health*(22), 921.
194. Gertler, P. L. (1987). Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, 36, 67-88.

195. Gertler, P. V. (1988, novembre). Measurement the Willingness to Pay for Social Services in Developing Countries. (W. Paper, Éd.) *LSMS Working Paper*(45), 1-28.
196. Gertler, P. V. (1990). The Willingness To Pay For Medical Care: Evidence from two Developing Countries., *Johns Hopkins University Press*, 15-41.
197. Ghadban, S. (2013). Le taux de change et la demande touristique. *thèse Economies et finances*. France: Université Toulouse II le Mirail .
198. Gibson, T., Ozminkowski, R., & Goetzel, R. (2005). Les effets du partage des coûts des médicaments sur ordonnance : une analyse des données probantes. *American Journal of Managed Care*, 11(11), 730–740.
199. Glavee-Geo, R. (2016). The History and Development of Purchasing Management and Its Theoretical Framework. *A Reveiw of Transaction Cost Economics*, 967-978.
200. Goethals, C., Vincent, A., & Wunderle, M. (2013). Le pouvoir économique. *Dossiers du CRISP*, 82(2), 11-119.
201. Goldman, D., Joyce, G., & Zheng, Y. (2007). Partage des coûts des médicaments sur ordonnance : liens avec l'utilisation des médicaments et des soins médicaux, les dépenses et la santé. *Journal of the American Medical Association*, 298(1), 61–69.
202. Gouvernement de Canada. (2024). *Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé*. Récupéré sur <https://www.canada.ca>
203. Gouvernement du Canada. (2024, 02 29). *Plan ministériel 2024-2025*. Récupéré sur Services aux Autochtones Canada: <https://www.sac-isc.gc.ca>
204. Gouvernement of India. (2025, 07 22). *Ayushman Bharat*. Récupéré sur <https://nha.gov.in/PM-JAY>
205. Grossman, M. (1972). *The demand for health : a theory and empirical investigations*. New York: NBER Occasional Papers .
206. Guggenheim, T. (1978). *La théorie quantitative de la monnaie*. Récupéré sur shs.cairn.info: <https://shs.cairn.info/les-theories-monetaires-preclassiques--9782600040846-page-13?lang=fr>
207. Guibet Lafaye, C. (2005). *Bien-être et qualité de vie en santé : l'approche par les capacités*., Centre Maurice Halbwachs: CNRS.
208. Haddoum, S., Bennour, H., & Ahmed Zaïd, T. (2018, 07 3). Algerian Energy Policy: Perspectives, Barriers, and Missed Opportunities. *Glob Chall*, 8(2). doi:10.1002/gch2.201700134

209. Hamadache, H. (2015). Réforme des subventions au marché de blé en Algérie : une analyse en équilibre général calculable. *thèse de doctorat en Economies et Finances*. . Montpellier, Université de Montpellier, France: Institut National d'Etudes Supérieures Agronomiques de Montpellier,.
210. Hamadi, A., Datoussaid, A., & Redif, M. (2020, 12). Financement de la santé, dépenses de santé et sécurité sociale en ALgérie pendant la période 2002 et 2018. *Journal d'économie et de statistique appliquée*, 17(3), 122-136.
211. Hamadi, A., Kaddar, M., & Datoussaid, A. (2020). Economic Dynamics and Purchasing Power in Algeria: Challenges and Perspectives. *Algerian Journal of Economic Research*, 12(1), 23-45.
212. Hamadouche, A., & Bouzemplal, F. (2019). La parité du pouvoir d'achat en algérie : autre évidence des tests de racine unitaire basée sur les modèles linéaire et non linéaires. *Revue des Réformes Economiques et Intégration En Economie Mondiale*, 13(27).
213. Hamana, M. (2022). Le système d'assistance social algérien. *Journal of Social Protection Research ISNN2716-8182/EISSN:2772-3009*, 3(1).
214. Hamza, Z., & Almi, H. (2025). Naviguer dans le paysage de l'investissement en Algérie : opportunités et défis en matière d'investissement direct étranger. *revue de recherche en finance et comptabilité*, 10(1), 334-358.
215. Haouas, A., Ochi, A., & Labidi, M. A. (2024). Sources of Algeria's economic growth, 1979–2019: Augmented growth accounting framework and growth regression method. *Regional Science Policy & Practice*, 16(3).
216. Haoyang, L. (2024). Asymmetric Information in the Field of Healthcare. . *Management and Political Sciences. Advances in Economics*, 28-34.
217. Hasna, A. (2020). The Monetary Policy and the Economic Equilibrium in Algeria. *Journal of Management, Organizations and Strategy JMOS, Spatial and entrepreneurial development studies laboratory*, 2(1), 1-7.
218. Haut commissariat de la straégie et au plan. (2025, 07 02). *Alimentation, logement, transport : sur qui l'inflation pèse-t-elle le plus ?* Récupéré sur stratégie-plan.gouv.fr: <https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/alimentation-logement-transport-linflation-pese-t->
219. Hayek, F. (1975). *Prix et production*. coll Agora.
220. Heller, P. (1982). A Model of the Demand for Medical and Health Services in Peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine*, 16, 267-284.
221. Heraou, A. (2012). Evolution des politiques de l'habitat en algerie le l.s.p comme solution a la crise chronique du logement: cas d'étude la ville de chelghoum

- laid, . *Mémoire de magister en architecture, option habitat*. Sétif, Algérie: université de Sétif .
222. Hosseini Shokouh, S., & al, &. (2017, 04). Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iran J Public Health*, 46(4), 435-446.
223. HOU, J., JIA, Y., & LIAO, K. (2023). Study on the Scale and Structure of Public Health Education in China's Higher Education Institutions. *Medicine & Philosophy*, 44(12).
224. Houari, M.-A., Guellil, M., Mokhtari, F., & Tsabet, A. (2024, 05 23). The effect of subsidies on technical efficiency of Algerian agricultural sector: using stochastic frontier model (SFA). *revue «Discover Sustainability»*, 5. doi:DO - 10.1007/s43621-024-00281-8,
225. Huskamp, H., Deverka, P., Epstein, A., & al. (2003). L'effet des formulaires incitatifs sur l'utilisation et les dépenses en médicaments sur ordonnance. *New England Journal of Medicine*, 234(23), 2224–2232.
226. Ibarra, G.-L., & Atamanov, A. (2017, 05 31). *Améliorer les données sur la pauvreté dans le monde : le cas de l'Algérie*. Récupéré sur Banque Mondiale: <https://blogs.worldbank.org/fr/arabvoices/global-poverty-puzzle-case-algeria>
227. Ima, L. (2025, 03 30). *Maladies cardiaques*. Récupéré sur TDM SanteInov: <https://www.tdmsanteinov.dz/prise-en-charge-des-maladies-cardiaques-par-la-cnas-24-000-patients-soignes-dans-les-cliniques-privees/>
228. Ingrid, R. (2016). *L'approche par les capacités*. Stanford University: Zalta, Edward N. (éd.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (éd. hiver 2016), Metaphysics Research Lab.
229. INSEE. (2018). *Le PIB par habitant et le revenu disponible brut des ménages*. Récupéré sur insee.fr: www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2114265/lm_ind_02_C-6.pdf
230. INSEE. (2018, 07 22). *Les revenus et le patrimoine des ménages*. Récupéré sur INSEE références: www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3549496/REVPMEN18_F1.2_RDBM.pdf
231. INSEE. (2025, 07 30). *30 % des dépenses des ménages sont "pré-engagées"*. Récupéré sur INSEE enquête budget des familles: www.insee.fr
232. INSEE. (2025, 07 31). *Comprendre le calcul du pouvoir d'achat : perceptions individuelles et mesure statistique*. Récupéré sur <https://www.insee.fr/fr/information/3707563>
233. INSEE. (2025, 07 31). *Déflateur*. Récupéré sur [https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1715#:~:text=De%20mani%C3%](https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1715#:~:text=De%20mani%C3%90)

- A8re%20g%C3%A9n%C3%A9rale%2C%20un%20d%C3%A9fendeur,exportations
%20et%20de%20la%20FBCF
234. INSEE. (2025, 07 23). *Pouvoir d'achat des ménages (comptabilité nationale)*. Récupéré sur insee.fr: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2130>
235. INSP. (2017). *Causes médicales des décès 2015-2016 en Algérie*. Alger: Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
236. INSP. (2020, 07 19). *Cause de décès*. Récupéré sur insp.dz: [http://www.insp.dz/images/PDF/Causes%20de%20deces/RAPPORT%202015-2016%20%203DC%20\(2\).pdf](http://www.insp.dz/images/PDF/Causes%20de%20deces/RAPPORT%202015-2016%20%203DC%20(2).pdf)
237. Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2025, 05 15). *Méthodologie SIG d'établissement des coûts*. Récupéré sur <https://www.cihi.ca>
238. IQVA. (2025, 01 26). *Dynamique du marché du médicament en Algérie 2022*. Récupéré sur Récupéré sur ministère de l'industrie et de la production pharmaceutique: <https://dgpp.industrie.gov.dz/fr/cartographie-precise-et-chiffree-de-lindustrie-pharmaceutique>
239. Israël, S. (2016). Comment les politiques sociales peuvent améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé : une analyse multiniveau des besoins médicaux non satisfaits dans les pays européens. *Int J Equity Health*, 15-41.
240. Jewel, A. (2016). *Une réforme des subventions s'impose en Algérie, FMI*. Récupéré sur <https://www.imf.org/external/french/np/blog/2016/083116f.htm>
241. Jewell, A., & all. (2015). Fiscalité équitable au moyen orient et en Afrique du nord. *notes de réflexion du FMI*.
242. JORADP . (2025). *Lois de finance 2023-2025*. Récupéré sur <WWW.JORADP.dz>
243. JORADP. (2019). *Lois de finance 2012 à 2020*. Récupéré sur <WWW.JORADP.dz>
244. Joyce, G., Goldman, D., Vogt, W., Sun, E., & Jena, A. (2009). Medicare Partie D après deux ans. *American Journal of Managed Care*, 15(8), 536–544.
245. Jusot, F., & et al. (2012). L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France. *INSEE revue Économie et Statistique n° 450*, 50-62.
246. Kaci, F. (2021). Essai sur les origines de l'inflation en Algérie. *Revue Algérienne d'Économie et gestion*, 15(2), 154-176.
247. Kaddar, M. (1995). Financement et dynamique des systèmes de santé au Maghreb : données et problèmes actuels. *Santé, médecine et société dans le monde arabe*.

248. Kaddar, M. (2021). Social Protection and Its Impact on Purchasing Power in Algeria. *Journal of Social Policy*, 50(2), 234-250.
249. Kara Terki, A., Bendiabdellah, A., & Kara Terki, I. (2015, Septembre). Les dépenses de santé en Algérie. *Revue «Les Publications de la Recherche Gouvernance & Economie Sociale»*(1), 101-118.
250. Karsten, S. G. (1995). Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology*, 54(2), 129–144.
251. Keddad A, Gacem, H., & Kaddar, M. (2017). Les déterminants des coûts de la prescription : le cas d'une pharmacie d'officine en Algérie, étude rétrospective. *Batna J Med Sci* , 4(1), 48-62. doi:<https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2017.4110>
252. KEDDAD, A. (2018). *Consommation des médicaments en Algérie et remboursement*. Récupéré sur <https://pharmainvest.dz/consommation-des-medicaments-en-algerie-et-remboursement>
253. Keddad, A. (2021, 05 02). *Nouvelle liste des médicaments remboursable*. Récupéré sur <https://pharmainvest.dz/nouvelle-liste-des-medicaments-remboursables-959-des-medicaments-de-la-liste-sont-remboursables/>
254. Kesri, M., & Kerma, K. (2023). إجراءات التراجع أسباب - الجزائر في الشرائية القدرة . *الاقتصادية والدراسات الأعمال إدارة مجلة* . تحليلية دراسة -المعالجة 9(1), 225-240.
255. Kimura, K., & all, &. (2020). Cardiovascular and cerebrovascular diseases risk associated with the incidence of presenteeism and the costs of presenteeism. *J Occup Health.*, 60(1), 53-75.
256. L.R.C.1985, Ch.C-6. (2025, 06 10). *La loi canadien sur la santé*. Récupéré sur <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/>
257. La documentation française. (2025). *Le pouvoir d'achat menacé par l'inflation ?* Récupéré sur France 2025 : Actualités et données clés: <https://shs.cairn.info/france-2025--9782111740495-page-42?lang=fr>
258. La loi 90-31. (1990, 12 04). Relative aux associations. *JORADP*.
259. La loi 90-33 . (1990, 12 05). Relatives aux mutuelles sociales. *JORADP*.
260. la loi n° 83-11. (1983, 07 2). Relative aux assurances sociales . *Journal officiel N° 28 du 05-07-1983*.
261. Laissouf, S., & Lahouel, K. (2025). Impact des subventions aux carburants sur la croissance économique des pays exportateurs d'énergie : analyse à partir de données de panel », *Études économiques et régionales*. (U. J.-P. II, Éd.) 18(1), 36-46.

262. Lambert, P. (1938). *La théorie quantitative de la monnaie*. Paris: Librairie du recueil Sirey.
263. Lamri, A. (2021, 03 11). *Les déserts médicaux ou inégalités territoriales en matière de répartition de l'offre de soins*. Récupéré sur <http://www.santemaghreb.com/algerie/poivue87.htm>
264. Landier, H., & Merck, B. (2013). *Chapitre 1. Du pouvoir d'achat au développement humain. Travail et développement humain : Les indicateurs de développement humain appliqués à l'entreprise*. Récupéré sur shs.cairn.info: <https://shs.cairn.info/travail-et-developpement-humain--97828476951>
265. Lardeux, R., & Pirus, C. (2020, 06). Le pouvoir d'achat, la pauvreté et les inégalités de revenus préoccupent toujours aussi fortement les Français Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion de la DREES 2019. *Dossier de la DREES n°60, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*.
266. Lassagne, M., Perriard, J., Rozan, A., & Trontin, C. (2012). Les principes de l'évaluation économique du coût social d'un risque. (p. 17-36). . Dans M. Lassagne, J. Perriard, A. Rozan, & C. Trontin, *L'évaluation économique du stress au travail* (pp. 17-36). Paris: Éditions Quæ.
267. Le Conseil National des Assurances. (2014, janvier-avril). Les mutuelles d'assurance à la conquête du marché. *Revue de l'assurance*(5), 8.
268. Le Décret Exécutif n° 09-116. (2009, 04 07). Fixant les conventions-types conclues entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens médicaux. *JORADP*.
269. Lebeche, R. (2012). La politique alimentaire en Algérie : De l'autosuffisance à la sécurité alimentaire. *Djadid El-iktissad Review*, 7.
270. Lechab, S. (2022). Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE: quels enseignements pour la modernisation du secteur de santé algérien? *Revue Innovation*, 12(1), 498-516.
271. Levine, R. (2005). Finance and Growth : Theory and Evidence. (D. S. Aghion P., Éd.) *Handbook of Economic Growth*, 2, 865-934.
272. Loi 83-11. (1983, 07 02). Relative aux assurances sociales. *JORADP*.
273. loi n° 10-13. (2010, 12 29). l'article 79 portant loi de finances pour 2011. *JORADP*.
274. López Barreda, R., Robertson-Preidler, J., & Bedregal García, P. (2019, 09). Health assessment and the capability approach. *Glob Bioeth*, 30(1), 19-27.
275. L'Ordonnance n° 73-65. (1973, 12 28). Institue la gratuité totale des soins à l'échelle de l'ensemble des établissements sanitaires publics. *JORADP*.

276. Luyten, E., & Tubeuf, S. (2025). Equity in healthcare financing. *A review of evidence, Health Policy, 152*.
277. M, S. M., N.E, H., & M.A, I. (2025, 08 22). *Marché du travail et emploi en Algérie : éléments pour une politique nationale de l'emploi*. Récupéré sur www.researchgate.net/publication/264894455_Marche_du_travail_et_emploi_en_Algerie
278. Madec, P., Plane, M., & Sampognaro, R. (2025, 07 27). *Une analyse des mesures budgétaires et du pouvoir d'achat en France en 2022 et 2023, OFCE policy brief*. Récupéré sur [ofce.sciences-po.fr: https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/pbrief/2023/OFCEpbrief112.pdf](https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/pbrief/2023/OFCEpbrief112.pdf)
279. Marchildon, G., & R.QUAH, S. (2016). *Canada, système de santé*. Récupéré sur PubMed Central, National Library of Medicine Canada: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov>
280. Martinez, L. (2010, septembre). Algérie : les illusions de la richesse pétrolière. *les études du CERI (centre d'études et de recherche internationales)*(168), 8.
281. Matallah, S., Boudaoud, S., Matallah, A., & Ferhaoui, M. (2023). The role of fossil fuel subsidies in preventing a jump-start on the transition to renewable energy: Empirical evidence from Algeria. *Resources Policy, 86*(B).
282. McMaughan, D., & & all. (2020, 06 18). Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Front Public Health, 231*(8).
283. McMillan, S. (2025). Financement innovant : libérer le potentiel de la santé numérique et de la technologie. *Intergrated Care Journal*.
284. Medisafe. (2025, 05 28). *Coûts directs et indirects des accidents du travail : pourquoi investir dans la prévention* . Récupéré sur www.medisafe.fr
285. Meklat, A. (2025). Résultats d'enquête sur les MCV octobre 2024- août 2025. *enquête par questionnaire en vue de la réalisation d'une thèse de doctorat en sciences*. Bejaia, spécialité sciences économiques, option "Gestion du Développement": université de Bejaia.
286. Meklat, A., & Kandi, N. (2025, 06 04). The Algerian Pharmaceutical Industry And Access To Medicines. *المجلة الاقتصادية المنهل*, 8(1), 1103-1116.
287. Meraghni, K. (2024). Les données sur le revenu disponible des ménages selon le ministère des finances. *journée d'étude lors de la journée mondiale de l'épargne organisée par l'Association Professionnelle des Banques et Établissement Financiers*. Alger: ABEF & UAR.

288. Merouani, W., Hammouda, N., & El Moudden, C. (2014). Le Systeme Algerien De Protection Sociale : Entre Bismarckien Et Beveridgien. *Les cahiers du CREAD*, 30(108), Pages 109-147.
289. Mezouaghi, M. (2015). L'économie algérienne : chronique d'une crise permanente. *Politique étrangère*(03), 17-29.
290. Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique. (2025, 07 23). *Qu'est ce que le pouvoir d'achat*. Récupéré sur www.economie.gouv.fr: www.economie.gouv.fr/facileco/pouvoir-achat-definition#
291. Ministère de l'énergie. (2020, 05 18). *Le Ministre de l'Énergie à l'Assemblée populaire nationale*. Récupéré sur <https://www.energy.gov.dz/>
292. Ministère de l'énergie. (2025, 09 19). *Electricité et gaz*. Récupéré sur www.energy.gov.dz
293. Ministère de l'habitat, de l'urbanisme et de la ville. (septembre 2015). *Politique gouvernementale dans le domaine de l'habitat, de l'urbanisme et de la ville*. Alger: Ministère de l'habitat, de l'urbanisme et de la ville.
294. Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. (1995). *Les dépenses de santé en ALgérie*. Alger: Direction de la planification.
295. Ministère de la santé. (2018). *Royaume du Maroc: santé en chiffre 2017*. Récupéré sur www.sante.gov.ma
296. Ministère de la santé. (2019, 03). *Direction des statistiques : santé Tunisie en chiffre 2017*. Récupéré sur www.santetunisie.rns.tn
297. Ministère de la santé. (2023, 05 24). *Instruction n°13 relative à la mise en oeuvre de la campagne nationale de rattrapage de la vaccination du PEV*. Récupéré sur www.cnpm.org.dz/images/Instruction-N-13-du-24-mai-2023-relative--la-mise-en-oeuvre-de-la-campagne-national
298. Ministère de la Santé. (2025). *Rapport annuel sur la santé en Algérie*. Alger: Ministère de la Santé.
299. Ministère des Finances . (2021). *Rapport de Présentation Du Projet de la Loi de Finances pour 2022 et prévisions 2023-2024*. Alger: Ministère des Finances.
300. Ministère des Finances. (1980-2025). *lois de finances de l'Algérie de 1980 à 2025. JORADP*.
301. Ministère des finances. (2010). *Les réalisations des échanges extérieures de l'Algérie 1963-2010*. Alger: Centre national de l'informatique et des statistiques.
302. Ministère des Finances. (2023). *Activité des assurances en Algérie 2023*. Alger: Direction Générale du Trésor et de la Comptabilité.

303. Ministère des Finances. (2023). *Loi de finance 2024*. Alger: JORADP.
304. Ministère des Finances. (2024). *loi de finance 2025*. Alger: Ministère des Finances.
305. Ministère des Finances. (2025). *Dispositif ANGEM*. Récupéré sur www.angem.dz
306. Ministère du commerce. (2025, 04 20). *Réglementation des prix des biens et services*. Récupéré sur www.commerce.gov.dz
307. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. (2025, 08 22). *Politique Nationale et Législation de la Sécurité Sociale*. Récupéré sur www.mtess.gov.dz/
308. Mises, L. (1990). The Non-Neutrality of Money. (R. E. (ed.), Éd.) *Praxeology Press*.
309. Mitchell, P., Roberts, T., Barton, P., & Coast, J. (2017). Applications of the Capability Approach in the Health Field: A Literature Review. *Soc Indic Res*, 133(1), 345-371.
310. Mohammed, D. (2023). Foreign Direct Investment in Algeria : A theoretical and applied study. *review of socio-economic Perspectives*, 8(1), 77-92.
311. Mokhtari, F., & Houari, M.-A. (2016). Economic Growth and Government Subventions for Agriculture Sector in Algeria: An ARDL Model. *Arab Economic and Business Journal*, 11(2), 105-114.
312. Monnet, E. (2007). La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme. *Tracés*, 30-43.
313. Mooney, G. (2000). Vertical equity in health care resource allocation. *Health Care Anal*, 8(3), 203-218.
314. Morrisson, C., & Cazenave, P. (1973). Fonctions d'utilité interdépendantes et théorie de la redistribution en économie de production. *Revue économique*, 24(05), 725-760.
315. Mousli, A., & OUKACI, K. (2022). La réforme des subventions aux prix des carburants en Algérie: une analyse en équilibre général calculable. *Revue recherches économiques et managériales*, 16(2), 23-42.
316. MSPRH . (2019). *Santé en chiffre 2018*. Alger : MSPRH .
317. MSPRH . (2020). *Plan national du cancer 2015-2019*, . Alger: MSPRH.
318. MSPRH & UNICEF. (2019). *Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS6] 2019*. Alger: rapport final des résultats.

319. MSPRH. (1997). *Annuaire statistique 1996*. Alger: MSPRH.
320. MSPRH. (2007). *Personnel médical et paramédical (2003-2006)*. Alger: ONS.
321. MSPRH. (2012). *statistiques sanitaires, 2002-2011, Alger*. Alger: MSPRH.
322. MSPRH. (2024). *Santé en chiffre année 2023*. Alger: MSPRH.
323. MSPRH. (2025). *Annuaire statistique 2024*. Alger: MSPRH.
324. MSPRH. (2025). *Situation démographique et sanitaire (2000-2025)*. Alger: direction de la planification.
325. Musgrove, P., Zeramdini, R., & Carrin, G. (2002). Physionomie des dépenses nationales de santé. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles*(7), 119.
326. Mutin, G. (1997). *Le contexte économique et social de la crise algérienne. La crise algérienne : enjeux et évolution*. Paris: Mario Melle éditions.
327. Mwabu, G. (1986). Health care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya. *Social Science and medicine*, 22(3), 315-319.
328. Naoum, A., & Miloudi, A. (2025). خلال الجزائري الاقتصادي التضخم مصادر قياس 1990-2023. *المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية*, 2(1), 31-42.
329. Narayan, P., & Narayan, S. (2007). Are Real Exchange Rates Nonlinear with a Unit Root? Evidence on PPP for Italy. *Applied Economics*, 39(19), 2483-2488.
330. Nations Unis. (2025, 03 30). *Wilaya de Bejaïa, Algérie statistic*. Récupéré sur <https://fr.zhujiworld.com/dz/1382203-wilaya-de-bejaia>
331. Nemouchi, F. (2009, 06). Chocs Pétroliers et déséquilibres monétaire en Algérie. *Revue Sciences Humaines*, B(31), 6.
332. Nguyen, H. (2011, 07). Les problèmes principal-agent dans les soins de santé : données probantes tirées des modèles de prescription des prestataires privés au Vietnam. *Health Policy and Planning*, 26(1), 53–62.
333. Observatoire Des Inégalités. (2024, 07 04). *Les dépenses contraintes, un effort différencié selon les ménages*. Récupéré sur <https://www.inegalites.fr/Les-depenses-contraintes-un-effort-differencie-selon-les-menages>
334. OCDE . (2021, 05 24). *Dépenses de santé*. Récupéré sur <https://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>
335. OCDE . (2021, 04 19). *Panorama de la santé 2009 : Les indicateurs de L'OCDE*. Récupéré sur <https://www.oecd-ilibrary.org/>

336. OCDE . (2023). *Le produit intérieur brut PIB nominal*. Récupéré sur www.oecd.org
337. OCDE . (2023). *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris: Éditions OCDE.
338. OCDE . (2023). *Time for Better Care at the End of Life, Études de l'OCDE sur les politiques de santé*. Paris: Éditions OCDE.
339. OCDE. (2025, 07 29). *Parité du pouvoir d'achat PPA*. Récupéré sur www.oecd.org
340. Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2025, 07 17). *Déterminants sociaux de la santé*. Récupéré sur <https://odphp.health.gov>
341. Ogada, T., & al. (2020). *Stratégies visant à améliorer l'accessibilité financière par le biais de la passation de marchés publics et d'incitations politiques connexes pour le secteur, IDRC Grant/ Subvention du CRDI*. Récupéré sur <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org>
342. OIT. (2021). *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022: La protection sociale à la croisée des chemins – bâtir un avenir meilleur*. OIT.
343. OIT. (2025, 07 22). *États des lieux de la micro-assurance en Afrique, consulté le 22/07.2025*. Récupéré sur www.ilo.org
344. OMPI. (2024). *Faire progresser l'innovation dans le domaine de la santé par les PME grâce au financement garanti par des actifs incorporels*. Récupéré sur Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle : www.wipo.int
345. Omrani, T., & Toumache, R. (2017). L' impact d'une politique de relance budgétaire sur l'aactivité économique, Approche VAR- structurel appliqué au cas de l'Algérie (1970-2015). *Idhafat Iktissadia Reveiw*(2).
346. OMS. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. OMS.
347. OMS. (2010). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation*. Récupéré sur <https://iris.who.int/>
348. OMS. (2017). *Tracking Universal Health Coverage, Global Monitoring Report*. Récupéré sur worldbank.org: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/<https://documents1.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf>
349. OMS. (2019, 05 22). *L'Algérie et l'Argentine certifiées exemptes de paludisme par l'OMS*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news/item/22-05-2019-algeria-and-argentina-certified-malaria-free-by-who>

350. OMS. (2020). *Rapport sur les systèmes de santé dans la région MENA*. OMS.
351. OMS. (2024, 12 18). *Données Algérie*. Récupéré sur <https://data.who.int/countries/012>
352. OMS. (2024, 12). *WHO Global Health Expenditure Database (GHED)*. Récupéré sur <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
353. OMS. (2025, 04). *La banque mondiale en Algérie*. Récupéré sur <https://www.worldbank.org>
354. OMS. (2025, 07 10). *Projet de stratégie mondiale pour la E-santé 2020 – 2025*. Récupéré sur www.who.int
355. OMS. (2025). *Statistiques par pays*. Récupéré sur www.who.int
356. ONS. (2011). *Enquête nationale sur les dépenses de consommation et de niveau de vie des ménages*. Alger: ONS. Récupéré sur www.ons.dz/IMG/pdf/depconsalim2011.pdf
357. ONS. (2016). *Indice des prix à la consommation*. Alger: ONS.
358. ONS. (2017). *Evolution des échanges extérieurs 2011-2016*. Alger: ONS.
359. ONS. (2017). *Résultats de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises*. Alger: ONS.
360. ONS. (2018). *Annuaire statistique de l'Algérie n° 34, chapitre « sécurité sociale »*. Alger: ONS.
361. ONS. (2018). *Evolution des dépenses de remboursements de médicaments de la CNAS de 2001 à 2017*. Alger: Direction générale de l'ONS.
362. ONS. (2019). *Résultats de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises n°941*. Alger: ONS.
363. ONS. (2020). *Statistiques sanitaires et démographiques de l'Algérie*. Alger: ONS.
364. ONS. (2022). *Résultats de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises, n°1053*. Alger: ONS.
365. ONS. (2024). *Communiqué Résultats préliminaires relatifs à l'enquête Activité, Emploi et Chômage*. Alger: ONS.
366. ONS. (2024). *Démographie algérienne 2020 et 2023. rapport n°1030 de la direction technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi*. Alger: ONS.

367. ONS. (2024). *EVOLUTION DES ECHANGES EXTERIEURS DE MARCHANDISES DE 2018 à 2023*. Alger: ONS.
368. ONS. (2024). *Résultats de l'Enquête Légère sur les Dépenses de Consommation des Ménages (ELCM) 2022, n°1031*. Récupéré sur www.ons.dz/IMG/pdf/Consum_menage2022.pdf
369. ONS. (2025, 05 11). *Echanges extérieures (2017-2022)*. Récupéré sur www.ons.dz/IMG/pdf/c.echanges_ext2017_2022.pdf
370. ONS. (2025). *Evolution du salaire national minimum garanti (SNMG)*. Alger: ONS.
371. Ordonnance n° 45-2250. (1945, 10 04). *portant organisation de la sécurité sociale*. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr>
372. Ordonnance n° 73-65. (1973, 12 28). *Institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires*.
373. Orio, L., & Quilès, J.-J. (2009). Chapitre IV. L'investissement et l'épargne. Dans Keynes, *Les enjeux de la Théorie générale* (pp. 87-113). Armand Colin.
374. Oualikane, S., & Hadjou, L. (2017). La politique commerciale algérienne depuis 1962 : entre echec de la diversification des exportations et accroissement de la dépendance extérieures. *revue EL MAKAR pour les études économiques*(n°01).
375. Oukaci, K., & Mahtout, S. (2018). Politique Fiscale Et Croissance économique En Algérie: Une évaluation économétrique. *مجلة الإبداع*, 8(1), 278-292.
376. Parachute . (2025, 05 28). *LE COÛT DES BLESSURES AU CANADA*. Récupéré sur organisme de bienfaisance national canadien dédié à la prévention des blessures: <https://parachute.ca>
377. Penneau, A., & Or, Z. (2023, 05). Inégalités territoriales de financement médico-social. *revue IRDES, QES*(279).
378. Perrignon, J. (2025). *L'Autre Amérique*. Paris: Grasset.
379. Picheral, H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier: service des publications de l'université de Montpellier.
380. Ponsard, C. (1959). La théorie quantitative de la monnaie. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 14^e année, n°1, 106-121.
381. Poupard, V. (2024). Les trois saisons du cancer : étude des variations des sentiments de et in-terventions en activité physique adaptée. *thèse de doctorat*. France: Le Mans Université.

382. Rahou, Y., & Rebiai, S. (2025). Le dispositif de solidarité sociale en Algérie : cas de l'allocation forfaitaire de solidarité à Sidi Khettab. *revue Afrique contemporaine*(279), 211-224.
383. Raine, R., Or, Z., Prady, S., & al. (2016, 05). Évaluation de l'équité en matière de soins de santé. *Health Services and Delivery Research. NIHR Journals Library*, 16(4).
384. Rebouha, F. (2007). Concentration des services de santé, contraintes de mobilité et difficultés d'accès aux soins dans la métropole d'Oran. *Revue de Géographie et d'Aménagement*(4), 3-16.
385. Robert, E., & Ridde, V. (2012). Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale: Une analyse documentaire, . *Centre Interdisciplinaire de recherche en développement internatio*.
386. Rochaix, L. (1997). Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats. *revue Économie & prévision*, 11-24.
387. Rochaix, L., & Tubeuf, S. (2009). Mesures de l'équité en santé Fondements éthiques et implications. *Revue économique*, 60(2), 325-344.
388. Rosen, A., Hamel, M., & Weinstein, M. (2005). Rapport coût-efficacité d'une couverture complète des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) par Medicare pour les bénéficiaires diabétiques. *Annals of Internal Medicine*, 143(2), 89.
389. Sadi, N. (2005). *La privatisation des entreprises publiques en Algérie*. Paris: L'Harmattan.
390. Sahali, N. (2021). Le développement récent du secteur agricole en Algérie à travers l'analyse des filières stratégiques : céréaliculture et lait. *للأمن الجزائرية المجلة والتنمية* 10(3), 108361097.
391. Sallnow, L., & et al. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, Vol. 399/10327, p. 837-884.
392. Samb, O.-M., Loignon, C., & Contandriopoulos, D. (2019). Innovations pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables dans les pays de l'OCDE. *Santé Publique*, 31(4), 497-505.
393. Sbia, Y., & Kherchi Medjden, H. (2017). Le secteur de l'habitat en algerie : Etat des lieux. *Revue des sciences commerciales*(Numéro Spécial 01), 360-376.
394. Schumacher, E.-D., & Whitehead, J.-C. (2000). The production of health and the valuation of medical inputs in wage-amenity models. *Social Science & Medicine*, 50(4), 507-515.

395. Sebai, J. (2016, 04). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *revue Santé publique*, 28(02).
396. Sécurité sociale,. (2025, 05 12). *Santé, prévention et accès aux soins*. Récupéré sur <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-et-vous/sante>
397. Sellami, A., Sellami, A., & Bendjeroua, H. (2019, 10). Analyse de l'évolution de l'épargne des ménages dans l'économie algérienne : Une étude économétrique au cours de la période (1970-2016). *revue de finance et d'économie d'entreprise*, 3(3), 20-34,.
398. Service contrôle médicale. (2020). *Statistiques épidémiologiques*. Bejaia: Direction régionale de la CNAS.
399. Snoussi, Z. (2015). Tarif de Référence et Entrée des Génériques : l'Impact sur les Prix des Médicaments en Algérie . *Revue d'Economie Industrielle*, 105-149.
400. Soumerai, S., McLaughlin, T., Ross-Degnan, D., Casteris, C., & Bollini, P. (1994). Effets de la limitation du remboursement des médicaments Medicaid sur l'utilisation des psychotropes et des services de santé mentale aigus par les patients atteints de schizophrénie. *New England Journal of Medecine*, 331(10), 650-672.
401. Statista. (2025, 07 22). *Le pouvoir d'achat des français*. Récupéré sur [statista.com: https://fr.statista.com/themes/11994/le-pouvoir-d-achat-en-france/](https://fr.statista.com/themes/11994/le-pouvoir-d-achat-en-france/)
402. Talahite, F., & Bouklia-Hassane, R. (21–25 March 2007). Marché du travail, régulation et croissance économique en Algérie. *Eight Mediterranean Social and Political Research Meeting Florence*. Montecatini Terme: halshs-00203654.
403. 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, & I. d. musulmans (Éd.), *Où va l'Algérie ?* (pp. 20-40). Paris: Karthala.
404. Taylor, A. (2002). A Century of Purchasing-Power Parity. *The Review of Economics and Statistics*, 84(1), 139–150. Récupéré sur <http://www.jstor.org/stable/3211744>
405. Toutkoushian, R., & Michael, R. (2007). Une approche alternative pour mesurer l'équité horizontale et verticale dans le financement des écoles. *Journal of Education Finance*(32), 395–421.
406. UNESCO. (2024). *mécanismes globaux de financement de l'éducation-Algérie*. Récupéré sur <https://education-profiles.org/northern-africa-and-western-asia/algeria/~financing-for-equity>
407. UNICEF. (2024, 12 28). *Ministère des finances, république tunisienne : analyse budgétaire : santé 2010-2021*. Récupéré sur <https://www.unicef.org/tunisia>

408. Vaccineswork. (2024). *Soins de santé dans les zones de conflit*. Récupéré sur <https://www.gavi.org>
409. Vallée, T. (2025, 08 13). *L'Algérie se dote d'un budget de taille pour 2025*. Récupéré sur <https://perspective.usherbrooke.ca>
410. Van Dongen, I., Winter, J., Aben, B., & al., e. (2025). Maladies cardiovasculaires et absentéisme en médecine du travail aux Pays-Bas : étude rétrospective auprès d'une population active régulière. *Neth Heart J*, 25-47.
411. Villain, A. (2019, 06 25). Le risque cardiovasculaire chez le patient dialysé. *thèse de doctorat en pharmacie*. Amiens : UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE U.F.R DE PHARMACIE.
412. Walter, C. (2024). L'économie malade de la théorie financière néoclassique. *Cités*, 65-77. .
413. WANG, Y., HUO, Y., & FENG, B. (2015). Definition of Quasi-public Goods in Health Services and Its Significance for Resources Allocation. *Medicine & Philosophy*, 36(11), 52-55.
414. Wang, Y., Liu, Y., Peng, Z., & al, e. (2024). Événements de santé publique et croissance économique dans un cadre néoclassique. *BMC Public Health*(24).
415. Weinstock, D. (2018). Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. *revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 20(2).
416. WHO. (2017). *WHO Global Health Expenditure Database 2017*. Unated States Agency International Développement USAID : Trends in Health Financing and the Private Health Sector in the Middle East and North Africa.
417. WHO. (2017). *World Bank and WHO: Half the world lacks access to essential health services, 100 million still pushed into extreme poverty because of health expenses*. Récupéré sur www.who.int
418. who. (2021). *La qualité des soins de santé dans les zones fragiles, touchées par des conflits ou vulnérables*. Récupéré sur <https://iris.who.int>
419. who. (2023). *Note d'orientation sur l'intégration de l'équité en santé, de l'égalité des genres, de l'inclusion du handicap et des droits humains dans les évaluations de l'OMS*. Récupéré sur www.who.int
420. who. (2024). *Les soins et services de santé sont-ils financièrement accessibles ?* Récupéré sur www.who.int
421. who. (2025, 07 12). *Couverture sanitaire universelle (CSU)*. Récupéré sur <https://www.who.int>

422. who. (2025, 07 14). *Déterminants sociaux de la santé*. Récupéré sur <https://www.who.int>
423. who. (2025, 07 31). *les dépenses catastrophiques de santé en europe*. Récupéré sur <https://www.who.int/>
424. who. (2025, 03 18). *New Health Investment Platform to improve primary health care convenes its first Steering Committee*. Récupéré sur <https://www.who.int>
425. World Bank. (2006). *World Development Report 2006: Equity and Development*. World Bank.
426. World Economic Forum. (2020). *The world has 4 key types of health service – this is how they work*. Récupéré sur <https://www.weforum.org>
427. Xiangmin, L. (2024). The Concept and Evaluation of Accessibility in Healthcare Services. *Medicine & Philosophy*, 45(11), 29-59.
428. Zaid, H., & Draa Messeouda, R. (2022). L'impact de la taxe sur la valeur ajoutée sur le budget de l'Etat en Algérie. *Revue Algérienne de Finances Publiques*, 12(2), 237-249.
429. Zehnati, A. (2014). Analyse économique de l'émergence et du développement de l'offre privée de soins en Algérie. *Thèse de doctorat en sciences économiques*. Bejaia, Algérie: Université Abderrahmane Mira.
430. Zehnati, A. (2014). Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire. *Revue les cahiers du CREAD*(105).
431. ZEHNATI, A. (2021). L'émigration des médecins algériens : phénomène normal ou véritable exode ? . *Revue internationale de politique de développement* , 13(1).
432. ZEHNATI, A. (2023). Conférence « Le financement de la santé en Algérie : limites, défis et perspectives. Alger: CREAD.
433. Zehnati, A. (2025, 02 02). *Un risque fort d'une accentuation des inégalités d'accès aux soins de santé*. Récupéré sur <https://www.cread.dz/un-risque-fort-dune-accentuation-des-inegalites-dacces-aux-soins-de-sante>
434. Zehnati, A., & Kaddad, A. (2018). Les facteurs influençant le coût de la prescription médicamenteuse en Algérie. *Les cahiers du CREAD*, 34(3), 99.
435. Zehnati, A., & Peyron, C. (2015). Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement. *Mondes en développement*, 170(2), 123-140.
436. Zerrouki Med, A., & Tabet Aoul, W. (septembre 2015). LA NOUVELLE POLITIQUE DU LOGEMENT EN ALGERIE Quelles Perspectives pour Réduire la

Crise de Logement? *Les Publications de la Recherche Gouvernance & Economie Sociale*(1), 387-403.

437. Zouanti, L. (2014). L'accès aux médicaments en Algérie : Une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique . *Thèse de doctorat en sciences économiques*. Chlef, faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, Algérie: Université Hassiba Ben Bouali.

Annexes

Intitulé de la thèse « Impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie dans la wilaya de Bejaia »

Ce questionnaire est élaboré dans le cadre de la réalisation d'une thèse de doctorat en sciences économiques. Votre participation est très importante. Vos réponses seront traitées de manière **confidentielle**.

Partie 1 : Informations générales sur le malade

- Âge
- Sexe H F
- Niveau d'étude Primaire Secondaire Universitaire
Sans niveau
- Profession Fonctionnaire retraité profession libérale
chômeur
- Situation familiale Marié divorcé veuf
célibataire
- Nombre de personnes à charge :
- Revenu mensuel du ménage :
- Dépenses moyennes de ces catégories : Alimentation
- Logement Services essentiels (Eau, électricité et gaz)

Partie 2 : État de santé et traitements

- Quelle est votre maladie ?
- IDM valvulopathies insuffisance cardiaque malformation congénitale
- Depuis combien de temps souffrez-vous de problèmes cardiaques ?
.....
- Chez qui vous recevez vos

	Public	privé	M/ spécialiste	
	M/généraliste			
Soins ambulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Quel est le protocole de soins que vous suivez actuellement :

<input type="checkbox"/> Traitement médical	<input type="checkbox"/> programme de soins	<input type="checkbox"/> actes médicaux (radiologie et analyse)	
---	---	---	--
- avait vous ou Y-t-il d'autres maladies chroniques dans votre ménage ? Oui non
- Si oui, combien d'individus en souffrent ?
- Quelles sont ces maladies chroniques
.....
- A combien estimé vous, vos dépenses de santé pour votre ménage durant le trimestre ? (Da ou %)

-
-
- Est-ce que vous participez au financement de vos soins de cardiologie?
Oui non
 - Avez-vous une couverture sociale ? Oui non
Si oui, laquelle ? Sécurité sociale mutuelle
 - Avez-vous dû réduire ou interrompre vos soins à cause de leur coût ?
 Non, Oui,
Si oui, votre état de santé s'est-il aggravé ? Non Oui
 - Quel poste de dépenses de soins qui vous cause des difficultés financières ?
 Consultation médicale programmes de soins analyse médicale
 déplacement médicaments radiologie ECG
 Perte d'indemnités journalières
 - Quelle est la structure du financement de vos soins de cardiologie durant le dernier trimestre en Da
Catégorie de dépenses de soins patient Etat sécurité sociale Mutuelle
Consultation médicale (+ ESG)
Programme de soins (chirurgie et/ou dispositif médical)
Radiologie
Analyse biologique
Déplacement
Médicaments
 - Etiez-vous contraint de s'absenter au travail pour recevoir des soins ? oui
non
Un membre de votre entourage était-il contraint de s'absenter pour vous rendre à vos soins de cardiologie Oui non
A combien estimez-vous la perte d'indemnités journalières causé
.....
 - Les soins de cardiologie était-il plus accessible financièrement pour vous avant?
 Oui non
Si oui, pourquoi ?
.....
 A cause de l'évolution de votre pouvoir d'achat
 A cause de l'évolution de votre maladie cardiovasculaire

Partie 3 : Perception de l'accès financier aux soins de cardiologie

- Comment évaluez-vous votre accès aux soins de cardiologie
 Très difficile, difficile, assez facile, facile
 - Pensez-vous que votre pouvoir d'achat influence-t-il votre accès aux soins ?
 Oui non
 - Avez-vous bénéficié d'une aide financière pour pouvoir se soigner ?
 oui non
- Si oui, laquelle ? Associations famille amis autres

Partie 4 : Impact de la maladie sur la vie quotidienne

- Dans quelle mesure votre maladie cardiovasculaire a-t-elle un impact sur votre vie quotidienne (travail, relations sociales, activités) ?
 Perte d'emploi isolement sociale réduction d'activité
appauvrissement
- Votre maladie a-t-elle entraîné des difficultés financières pour votre famille ?
 Non Oui, lesquelles?
.....
.....
- Pensez-vous que votre état de santé pourrait s'améliorer si vous aviez un meilleur revenu ?
 Oui non

Partie 5 : Questions ouvertes

- Quelles propositions feriez-vous pour améliorer l'accès financier aux soins de cardiologie à Bejaia ?
.....
.....
.....

Remerciements

Je vous remercie sincèrement pour votre participation à cette enquête

.

Tables des matières

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Liste d'abréviation.....	8
Liste des tableaux	8
Liste des figures	8

Introduction Générale 1

□ **Chapitre I..... 8**

Cadre conceptuel de la relation entre le pouvoir d'achat et l'accessibilité aux soins ... 8

1. Section 01: Cadre conceptuel sur le pouvoir d'achat 9

2. 1 Définition et évolution du concept.....	9
2. 1.1. Définition du pouvoir d'achat	10
1.1.1.1. Pouvoir d'achat nominal	11
1.1.1.2. Pouvoir d'achat réel.....	11
1.1.2. Évolution historique du concept	11
1.2. Les déterminants du pouvoir d'achat	12
1.2. 1 Le niveau des revenus.....	12
1.2. 2 Le niveau des prix.....	12
1.2. 3 Politiques publiques.....	13
1.2. 4 Conditions économiques.....	13
1.2. 5 Disparités géographiques et sociales	14
1.3. Fondements théoriques sur le pouvoir d'achat	15
1.3.1. Théorie quantitative de la monnaie.....	15
1.3.2. Loi du prix unique et de la parité du pouvoir d'achat (PPA).....	17
1.3.2.1. Loi du prix unique (LPU)	17
1.3.2.2. Parité du pouvoir d'achat (PPA).....	17
1.3.2.3. La relation entre LPU et PPA	17
1.3.3. Approche microéconomique.....	18
1.3.3.1. Arbitrage entre consommation et épargne	18
1.3.3.2. Utilité marginale du revenu	18
1.3.3.3. Investissement et épargne	19
1.3.4. Approche macroéconomique	19
1.3.4.1. Définition du pouvoir d'achat.....	20

1.3.4.2.	Importance du pouvoir d'achat dans l'économie.....	20
1.4.	Les méthodes de mesure du pouvoir d'achat	21
1.4.1.	Unités de consommation (UC)	21
1.4.2.	Indice des prix à la consommation (IPC).....	21
1.4.3.	Revenu disponible brut	21
1.4.4.	Le PIB par habitant	22
1.4.5.	Revenu par habitant	22
1.4.6.	Déflateur de la consommation finale des ménages.....	22
1.4.7.	Limites de la mesure du pouvoir d'achat.....	22
Section 02 : L'accessibilité financière aux soins : défis, inégalités et politiques publique.....		24
1.1.	Déterminants de l'accessibilité financière aux soins	25
2. 1.1.	Coûts directs des soins	26
2.1.2.	Coûts indirects des soins	27
2.1.3.	Coûts intangibles de soins.....	28
2. 2	Systèmes de couverture sociale	29
2.2.1.	Universalisme bismarckien réformé : Le modèle français	29
2.2.2.	Le système américain : fragmentation et inégalités.....	29
2.2.3.	Le modèle Beveridge: The National Health Service au Royaume uni	30
2.2.4.	Le système national d'assurance maladie: Le modèle canadien.	30
2.2.5.	The Out-of-Pocket Model (paiement direct)	31
2.3.	Accessibilité aux soins : Entre progrès et défis persistants	31
2.3.1.	Barrières financières et renoncement aux soins.....	31
2.3.2.	Inégalités géographiques et démographiques	32
2.3.3.	Innovations pour la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)	32
2.4.	Les populations vulnérables à l'accessibilité financière aux soins	33
2.4.1.	Populations à faibles revenus.....	33
2.4.2.	Personnes âgées et malades chroniques.....	34
2.4.3.	Zones post-conflit et rurales	34
2.5.	Conséquences des barrières financières aux soins.....	35
2.5.1.	Conséquences sur l'état de santé des individus	36
2.5.2.	Conséquences socio-économiques.....	36
2.5.3.	Conséquences pour les systèmes de santé; à travers.....	37
Section 03 : Théories économiques sur la santé et l'équité : quelles stratégies pour améliorer l'accessibilité financière aux soins?.....		38

3.1. Théories économiques sur la santé	38
3.1.1. La théorie néoclassique	38
3.1.2. Théorie des biens quasi publics.....	40
3.1.3. Théorie de l'asymétrie de l'information.....	41
3.1.4. La théorie de l'agence	42
3.1.5. Théorie de l'élasticité prix de la demande de soins	43
3.1.6. Théorie des déterminants sociaux de la santé	45
3.2. Théories économiques de l'équité en santé	46
3.2.1. Modèle NET-Equity.....	46
3.2.2. Approche par les capacités d'Amartya Sen	48
3.2.3. Modèle de l'équité verticale	49
3.3. Stratégies de financement pour améliorer l'accessibilité financière aux soins	50
3.3.1. Financement basé sur la technologie et les données	50
3.3.2. Modèles de financement flexibles.....	51
3.3.3. Partenariats public-privé (PPP).....	51
3.3.4. Financement garanti par des actifs incorporels.....	51
3.3.5. Approches communautaires et inclusives	52
3.3.6. Investissements dans la prévention et la santé primaire.....	52
Chapitre II.....	55
Le pouvoir d'achat en Algérie	55
Section 01 : Les déterminants du pouvoir d'achat en Algérie	57
1.1. Les facteurs économiques.....	58
1.1.1. Les revenus des ménages	58
1.1.1.1. Les salaires.....	58
1.1.1.2. Les transferts sociaux.....	60
1.1.2. L'inflation et le prix des biens	64
1.1.2.1. L'inflation	64
1.1.2.2. Le coût de la vie.....	65
1.2. Les facteurs structurels	66
1.2.1. La structure du marché du travail	66
1.2.2. La dépendance aux hydrocarbures.....	67
1.2.3. Politiques fiscale	69
1.2.3.1. Impact direct de la politique fiscale sur le pouvoir d'achat.....	69
1.2.3.2. Effets indirects et limites de la politique fiscale	69

1.3. Les facteurs externes.....	70
1.3.1. L'évolution du taux de change par rapport au dinar.....	70
1.3.2. L'inflation importée.....	71
1.3.3. Les Investissements Directs Étrangers (IDE).....	71
Section 02 : L'évolution du pouvoir d'achat en Algérie	73
2.1. La période de l'après indépendance (1962-1970).....	74
2.2. La période socialiste et les chocs pétroliers (années 1970 - fin 1980)	76
2.3. La décennie du plan d'ajustement structurel et de la crise économique (1990-2000)	79
2.4. Le retour de l'aisance financière et les politiques de relance (années 2000 - 2015) 81	
2.5. La période post-choc pétrolier et les défis actuels (2015-2025).....	84
Section 03 : Politiques publiques et perspectives pour améliorer le pouvoir d'achat.....	88
3.1. Politiques publiques de soutien direct	89
3.1.1. Les subventions publiques généralisées (soutien à la consommation des produits de base) 90	
3.1.2. Les subventions publiques ciblées	96
3.1.2.1. Le secteur des énergies renouvelables	97
3.1.2.2. Le secteur agricole et la sécurité Alimentaire.....	98
3.1.2.3. Le secteur de l'éducation	99
3.1.2.4. Le secteur de l'habitat.....	101
3.1.3. Programmes d'aide sociale pour les ménages vulnérables	102
3.1.3.1. Système de Protection Sociale.....	102
3.1.3.2. Aides Financières Directes	103
3.1.3.3. Le rôle des associations dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins	103
Chapitre III.....	107
Les dépenses de santé en Algérie et l'accessibilité financière aux soins	107
1. Section 01: L'évolution des dépenses de santé en Algérie	109
1.1. Les dépenses totales de santé.....	110
1.2. Les dépenses de santé par habitant	112
1.3. Enjeux et défis du système de santé algérien.....	113
1.3.1. La croissance démographique	113
1.3.2. Le vieillissement de la population:	114
1.3.3. La transition épidémiologique.....	117
1.3.4. Développement des inégalités.....	118
1.4. Comparaison internationale des dépenses de santé	121

1.4.1. Comparaison des dépenses de santé de l'Algérie par rapport aux pays de la région MENA	122
1.4.2. Comparaison internationale des dépenses de santé.....	124
Section 02: La structure des dépenses de santé en Algérie.....	126
2. 1 Les dépenses publiques.....	127
2. 2 Dépenses de la sécurité sociale	132
2.2.1. L'évolution du forfait hôpitaux	132
2.2.2. Dépenses en prestations sociales de la CNAS	134
2.2.3. Dépenses de remboursement des médicaments	136
2. 3 Dépenses privées.....	138
2. 4 Dynamique des dépenses de santé	143
Section 03: : Les réformes et mesures pour améliorer l'accessibilité financière aux soins en Algérie.....	148
3.1. Instauration de la gratuité des soins	149
3.1.1. Avantages de la gratuité des soins	150
3.1.2. Les limites de la gratuité des soins.....	150
3.2. Développement des infrastructures de santé.....	151
3.2.1. Construction d'hôpitaux et de centres de santé	151
3.2.2. Développement des infrastructures spécialisées	152
3.2.3. Modernisation des infrastructures existantes	153
3.2.4. Développement des infrastructures de proximité.....	153
3.3. Formation de professionnels de santé	154
3.4. Renforcement de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles.....	156
3.4.1. Programme élargi de vaccination (PEV).....	157
3.4.2. Programmes de santé publique.....	157
3.4.3. La sensibilisation.....	157
3.4.4. Surveillance épidémiologique	157
3.5. Création et extension de la sécurité sociale	158
3.6. Réduction des inégalités territoriales	160
3.6.1. Développement des infrastructures de santé dans les zones rurales et isolées.....	160
3.6.2. Renforcement des ressources humaines dans les régions sous-desservies	160
3.6.3. Développement des infrastructures de transport sanitaire	161
3.6.4. Partenariats public-privé dans le domaine de la santé	161
3.7. Encouragement de la production nationale de médicaments.....	162
Chapitre IV	172
Les dépenses de soins de cardiologie à Bejaia	172

1. Section 01 : Méthodologie de l'enquête.....	174
1.1. Contexte de l'enquête	174
1.2. L'objectif général de l'enquête.....	176
1.3. Conception et réalisation de l'enquête.....	177
1.4. Le questionnaire de l'enquête	178
1.4.1. Première partie : Informations générales sur le Malade.....	178
1.4.2. Deuxième partie : État de Santé et Traitements	178
1.4.3. La troisième partie : perception de l'accès financier aux soins de cardiologie	179
1.4.4. La quatrième partie : l'impact de la maladie sur la vie quotidienne	179
1.4.5. La cinquième partie : Questions ouvertes	180
1.5. Confidentialité et Éthique	180
1.5.1. Types de variables et échelles de mesure.....	180
1.5.2. Pré-test et validation.....	180
1.5.3. Importance des résultats attendus.....	181
1.6. Les caractéristiques de l'enquête	181
1.6.1. Population de Bejaia	181
1.6.2. Population enquêtée	181
1.6.3. Répartition géographique de l'échantillon	186
1.6.4. Collecte des informations.....	186
1.6.5. Contrôle des questionnaires	187
1.6.6. Dépouillement	187
1.7. Difficultés rencontrées	188
1.7.1. Le niveau intellectuel	188
1.7.2. Le manque d'enquête similaire sur le niveau local et national	189
Section 02: Les dépenses totales de santé des malades atteints de cardiopathies à de Bejaia.....	190
2. 1 Les dépenses totales directes de santé des ménages (Out Of Pocket)	190
2. 2 Les facteurs influençant les DTS	191
2.2.1. La taille du ménage	191
2.2.2. La comorbidité dans le ménage.....	193
2.2.3. Le revenu du ménage	195
Section 3 : Les dépenses totales de soins de cardiologie des malades (Out of Pocket).....	197
3.1. Les dépenses totales de soins de cardiologie des malades de Bejaia.....	197
3.2. Les dépenses directes de soins de cardiologie	198
3.2.1. Dépenses de consultations médicales de cardiologie (généralistes, spécialistes).	198
3.2.2. Dépenses des programmes de soins de cardiologie	200

3.2.3. Coût des actes médicaux pour soins de cardiologie.....	202
3.2.4. Dépenses directes des ménages pour les traitements médicamenteux pour soins de cardiologie.....	205
3.2.5. Dépenses directes des ménages, liés aux déplacements pour soins en cardiologie.....	207
3.3. Dépenses indirectes des ménages de soins de cardiologie.....	209
3.3.1. L'absentéisme au travail causé par la MCV	209
3.3.1.1. Absentéisme du malade actif pour recevoir les soins de cardiologie	209
3.3.1.2. Absentéisme des membres de la famille du malade atteint de MCV	210
3.3.2. Impact financier dû à l'absentéisme pour MCV	211
3.4. Les facteurs influençant le coût des soins de cardiologie	212
3.4.1. Facteurs socio-économiques	212
3.4.1.1. Niveau de revenu des ménages.....	212
3.4.1.2. Niveau d'instruction et sensibilisation à la prévention.....	214
3.4.1.3. Nombre de personnes à charge dans le ménage.	215
3.4.2. Facteurs liés à la maladie	217
3.4.2.1. Les dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie en fonction du type de la MCV	217
3.4.2.2. L'impact de la présence de comorbidité chronique chez les malades cardiaques sur les dépenses directes des ménages	221
Chapitre V : L'accessibilité financière aux soins de cardiologie chez les malades à Bejaia :	227
Quel effet du pouvoir d'achat ?	227
1. Section 1 : Sources de financement des dépenses de soins de cardiologie.....	229
1.1. Couverture sociale des malades cardiaques.....	230
1.2. Sources de financement des dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie.....	231
1.2.1. Financement des soins ambulatoires (consultations médicales).....	232
1.2.2. Financement des soins hospitaliers (programmes de soins de cardiologie)	234
1.2.3. Financement des actes de radiologie.....	236
1.2.4. Financement des analyses médicales	237
1.2.5. Financement des traitements médicamenteux	238
1.2.6. Financement des frais de déplacements.....	239
1.3. Financement des dépenses indirectes de soins de cardiologie.....	240
Section 2 : Coût moyen des soins de cardiologie à charge du malade.....	242

2.1	Coût moyen des dépenses directes de soins.....	243
2.1.1.	Coût moyen des consultations médicales	243
2.1.2.	Coût moyen des programmes de soins hospitaliers	245
2.1.3.	Coût moyen d'actes de radiologie	247
2.1.4.	Coût moyen des analyses médicales	249
2.1.5.	Coût moyen des déplacements.....	251
2.1.6.	Coût moyen des traitements médicamenteux	254
2.2.	Le coût moyen des dépenses indirectes de soins	255
2.3.	Le coût moyen global des dépenses de soins de cardiologie	257
2.3.1.	Part des dépenses moyennes directes de soins de cardiologie dans les dépenses totales de soins des ménages	262
2.3.2.	Part des dépenses moyennes directes de soins de cardiologie des ménages dans leurs revenus moyens	263
Section 3 : Impact du coût des soins de cardiologie sur l'appauvrissement des ménages.		266
3.1.	Dépenses catastrophiques de soins de cardiologie.....	267
3.1.1.	Calcul des dépenses de contraintes moyennes des ménages	267
3.1.2.	Le calcul du revenu disponible moyen des ménages	268
3.1.3.	Endettement des malades et recours à des solutions alternatives de financement 272	
3.2.	Conséquences sociales des dépenses directes des ménages pour les soins de cardiologie.....	276
3.2.1.	Réduction ou interruption des soins pour des raisons financières	276
3.2.2.	Impact sur la qualité de vie des malades et de leurs familles	276
3.2.3.	Isolement social et stigmatisation des malades.....	278
3.3.	Perception des malades de leur accessibilité financière aux soins de cardiologie	280
3.3.1.	Ressenti des patients sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie	280
3.3.2.	Évaluation subjective de l'impact des coûts sur leur état de santé.....	284
Conclusion Générale		288
Références Bibliographiques		297
Bibliographie.....		298
Annexes		330
Tables des matières		334

Impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie dans la wilaya de Bejaia

Résumé

Cette thèse analyse l'impact du pouvoir d'achat sur l'accessibilité financière aux soins de cardiologie en Algérie, particulièrement dans la wilaya de Bejaia. Malgré une couverture sociale étendue, les patients supportent une part importante des dépenses directes (consultations, analyses médicales, etc.).

Les dysfonctionnements du système public orientent les malades vers le secteur privé, augmentant les coûts. Pour 73 % des ménages, ces dépenses deviennent catastrophiques, dépassant 10 % de leurs revenus. La moitié des patients interrompent leurs soins pour des raisons financières, aggravant ainsi leur état de santé. Les populations vulnérables sont les plus touchées, creusant les inégalités d'accès aux soins. Une politique intégrée est nécessaire pour renforcer le pouvoir d'achat et la couverture sociale.

Mots-clés : Pouvoir d'achat, Accessibilité financière, Soins de cardiologie, Inégalités sociales, Dépenses de santé, Bejaia.

Abstract

This thesis analyzes the impact of purchasing power on financial accessibility to cardiac care in Algeria, particularly in the Wilaya of Bejaia. Despite extensive social coverage, patients bear a significant share of direct expenses (consultations, medical tests, etc.).

Dysfunctions in the public system redirect patients to the private sector, increasing costs. For 73% of households, these expenses become catastrophic, exceeding 10% of their income. Half of the patients interrupt their treatment for financial reasons, thereby worsening their health condition. Vulnerable populations are the most affected, deepening inequalities in access to care. An integrated policy is needed to strengthen purchasing power and social coverage.

Keywords : Purchasing power, Financial accessibility, Cardiac care, Social inequalities, Health expenditures, Bejaia.

المخلص

تبحث هذه الأطروحة في تأثير القدرة الشرائية على إمكانية الوصول المالي إلى رعاية أمراض القلب في الجزائر، لا سيما في ولاية بجاية. على الرغم من التغطية الاجتماعية الواسعة، يتحمل المرضى حصة كبيرة من النفقات المباشرة (مثل الاستشارات والتحليلات الطبية).

توجه الخلل في النظام العام المرضى نحو القطاع الخاص، مما يزيد التكاليف. بالنسبة لـ 73% من الأسر، أصبحت هذه النفقات كارثية، متجاوزة 10% من دخلهم. نصف المرضى يوقفون علاجهم لأسباب مالية، مما يزيد من تفاقم حالتهم الصحية. الفئات السكانية الضعيفة هي الأكثر تضرراً، مما يزيد من تفاوت الوصول إلى الرعاية. هناك حاجة إلى سياسة متكاملة لتعزيز القدرة الشرائية والتغطية الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: القدرة الشرائية، إمكانية الوصول المالي، رعاية أمراض القلب، التفاوتات الاجتماعية، النفقات الصحية، بجاية.