

Université Abderrahmane Mira, Bejaïa  
Faculté des Sciences Economiques ; Commerciales et des Sciences de Gestion  
Département des Sciences économique

## *Mémoire de fin de cycle*

*En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences  
économique*

*Option : Economie de Développement*

# *Thème*

*La problématique du financement du système de  
santé en Algérie : Etat des lieux et réformes*

**Réalisé par :**

- LOUNIS Djallal
- MAZER Loucif

**Encadré par :**

M<sup>r</sup> FOUDI Brahim

**Soutenu devant le jury composé de :**

- **Président :** M<sup>r</sup> TOUAHRI Abdel Aziz
- **Examineur :** Mr DERMAL Ali

*Promotion 2018/2019*

## **REMERCIEMENT**

*Dieu merci pour la santé, la volonté, le courage et la détermination qui nous ont accompagné tout au long de la préparation de ce mémoire de fin de cycle et qui nous ont permis d'achever ce modeste travail.*

*Nous tenons à remercier notre promoteur M<sup>r</sup> FOUDI Brahim pour ses précieuses orientations.*

*Nous remercions également l'ensemble du personnel du département SEGC LMD ainsi que toute notre promotion.*

*Nous remercions également les membres de jury d'avoir consacré de leur temps pour l'évaluation notre modeste travail.*

*En ce moment précis, toutes nos pensées vont vers nos honorables parents en reconnaissance à leur esprit de sacrifice et de dévouement ainsi qu'à leur soutien constant –moral et matériel et ce, pour nous avoir permis de construire un avenir certain et en même temps réaliser nos rêves.*

*A la fin, nous remercions tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce projet.*

***MERCI***

**Dédicace**

*Je dédie mon travail :*

*A celle qui m'a inséré le goût de la vie et le sens  
de la*

*Responsabilité.....ma mère bien aimée*

*Celui qui a été toujours la source d'inspiratoire et  
du courage...mon*

*Cher père DJAMAL.*

*A ma sœur SORAYA*

*A mes chers frères :*

*REDA, YACINE, NASSIM*

*A tous les membres de ma famille, petits et grands*

*A mes meilleurs amis*

*Et la promo ECONOMIE DE DEVELOPPEMENT*

*A Mon binôme LOUCIF.*

*DJALLAL*

## Dédicace

*Je dédie ce travail à Dieu Tout Puissant.*

*À mes chers parents qui m'ont soutenu tout au long  
de mes études.*

*À mes frères et sœur.*

*À ma grand-mère et à toute la famille MAZER.*

*À toutes mes tantes et mes oncles.*

*À tous mes amis sans exception.*

*À Mon binôme DJALLAL.*

*Loucif*

## Liste des abréviations

**ALD** : Affection Longue Durée

**CASNOS** : Caisse de Sécurité Sociale des Non-Salariés

**CH** : Centre Hospitalier

**CHR** : Centre Hospitalier régionaux

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIQ** : Coût d'Investissement dans la Qualité

**CME** : Comité Médical d'Etablissement

**CMS** : centre médico-social

**CMT** : consommation médicale totale

**CSBM** : consommation de soins et biens médicaux

**CSMP** : consommation de service de médecine préventive

**CNAC** : Caisse Nationale d'assurance-chômage

**CNAS** : Caisse Nationale d'Assurances Sociales des travailleurs salariés

**CNMA** : Caisse nationale d'assurance maladie

**CNR** : Caisse Nationale de Retraite

**CNSS** : Caisse national de la sécurité sociale

**DIM** : Département d'Information Médicale

**DNSP** : Dépenses nationaux de santé publique

**DRG** : groupes homogènes de gouvernement

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSP** : institut national de santé publique

**IFSI** : Institut de Formation de Soins Infirmiers

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique

**OMC** : organisation mondiale du commerce.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation nationale gouvernementale

**ONU** : organisation des nations unies

**ONS** : Office national des statistiques

**PAQ** : Plan d'Amélioration Qualité

**PAS** : programme d'ajustement structurel

**PIB** : produit intérieur brut

**PMA** : Les Pays les Moins Avancé

**PMSI** : Programme de médicalisation du système d'information .

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

**RSS** : Résumé Standardisé De Sortie

**SIDA** : Syndrome Immunodéficientaire Acquis

**SMIG** : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti **SNS** : Système National De Santé

**SS** : Secteur Sanitaire

**T2K** : Tarification A L'activité

**TIC** : Technologies de l'information et de la communication

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Evaluation de l'espérance de vie à la naissance par sexe .....	20
<b>Tableau 2</b> : Evolution du taux de mortalité.....	23
<b>Tableau 3</b> : Les dépenses de fonctionnement 2015-2018 .....	28
<b>Tableau 4</b> : Les risques couverts par la sécurité sociale en Algérie.....	30
<b>Tableau 5</b> : Les taux de cotisation aux caisses de sécurité sociales en Algérie en 2018 .....	31
<b>Tableau 6</b> : Dépenses en santé (total) (% du PIB) en Algérie .....	41
<b>Tableau 7</b> : Dépenses en santé (secteur privé) en Algérie .....	42
<b>Tableau 8</b> : dépenses en santé (secteur public) en Algérie .....	43
<b>Tableau 9</b> : dépenses en santé par habitant en Algérie .....	44
<b>Tableau 10</b> : répartition des dépenses totale de santé en (%) selon les sources du financement en Algérie.....	44
<b>Tableau 11</b> : La croissance démographique en Algérie .....	48
<b>Tableau 12</b> : Les indicateurs Épidémiologiques .....	52

## Liste des figures

<b>Figure 1 :</b> Evaluation de l'espérance de vie en Algérie entre 1970 et 2015 en Algérie.....	21
<b>Figure 2 :</b> Espérance moyen entre femme et hommes .....	21
<b>Figure 3 :</b> Evolution du taux brut de mortalité.....	23
<b>Figure 4 :</b> le taux de mortalité infantile des Algériens .....	24
<b>Figure 5 :</b> Le taux de cotisation caisses de sécurité sociale par nature à la charge de l'employeur .....	32
<b>Figure 6 :</b> Le taux de cotisation aux caisses du sécurité sociale par nature à la charge des travailleurs.....	33
<b>Figure 7 :</b> La croissance démographique en Algérie.....	48
<b>Figure 8 :</b> Le taux de la population Algérienne par tranche d'âge.....	50
<b>Figure 9 :</b> Les couts (dépenses totales) de la population Algériennes par âge.....	50

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : LES DEFFIRENTS SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE ....</b>	<b>4</b>
INTRODUCTION.....	4
SECTION 1 : PRESENTATION DES DIFFERENTS SYSTEMES DE SANE.....	4
SECTION 2 : LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN ALGERIE.....	11
SECTION 3 : LES SOURCES DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE .....	27
CONCLUSION .....	34
<b>CHAPITRE II : LES DYSFONCTIONNEMENT DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....</b>	<b>35</b>
INTRODUCTION.....	35
SECTION 1 : NOTIONS ELEMENTAIRES SUR LES DEPENSES DU SYSTEME DE SANTE .....	35
SECTION 2 : L'ÉVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE .....	41
SECTION 3 : DYSFONCTIONNEMENTS DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE .....	45
CONCLUSION .....	54
<b>CHAPITRE III : LES REFORMES DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....</b>	<b>55</b>
INTRODUCTION.....	55
SECTION 1 : LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE .....	55
SECTION 2 : LES REFORMES DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....	62
SECTION 3 : LES RECOMMANDATIONS ET LES PERSPECTIVE D'AVENIR .....	69
CONCLUSION .....	76
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>ANNEXES</b>	
<b>TABLE DES MATIERES</b>	



# **INTRODUCTION GENERALE**

## **INTRODUCTION GENERALE**

Les politiques nationales en matière de santé sont généralement axées sur l'amélioration de la santé des ménages, sur la prévention des maladies et des risques pour la santé, afin que toute la population puisse aspirer à une vie saine ainsi de manière productive au développement prospère du pays et de son économie.

Les systèmes de santé dans le monde, tous reposent et mettent en application le principe de solidarité. Tous offrent aujourd'hui une protection à l'ensemble de la population. Tous sont confrontés depuis ces dernières années à une forte croissance des dépenses de santé qu'ils essayent de maîtriser, sans grand succès, compte tenu de l'évolution des pratiques médicales, de plus en plus techniques et coûteuses, de l'accroissement de la demande de soins et du vieillissement démographique.

Depuis le début des années 80, partout dans le monde, les systèmes de santé connaissent de nombreux bouleversements. Les pays de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme tous les pays en développement, se trouvent aux prises avec des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments et d'autres progrès techniques, l'augmentation des attentes et le vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue et en conséquence, tendent à augmenter les coûts du système. Parallèlement, des contraintes macroéconomiques, démographiques et budgétaires limitent la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter des recettes publiques plus importantes à la santé. Combinées, la tendance des dépenses à augmenter et la limitation de l'aptitude des pouvoirs publics à accroître les dépenses obligent les pays à envisager de reformuler la façon dont ils financent leur système de santé.

Le système de santé en Algérie, où coexistent de multiples intervenants, est complexe. Son financement est assez souvent compliqué et son analyse demeure difficile. La dépense globale de santé est d'une part, faible dans un contexte de cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, des faiblesses de l'assurance maladie qui est à remettre en cause en l'Algérie.

Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition semble inéquitable. Bien que l'Etat contribue en premier lieu au financement de la santé en Algérie, le paiement direct des ménages (net de remboursements des assurances et mutuelles) constitue la source de financement principale du système.

## INTRODUCTION GENERALE

---

---

Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques. Beaucoup de familles peuvent s'endetter lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie(s) chronique(s). Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre.

En réalité, le fonctionnement, l'organisation des services de santé et les conditions d'accès aux différents soins de santé, reposent primordialement sur la question de financement, mais face à des ressources financières restreintes, la mondialisation et les effets des crises économiques, la question du financement représente le problème fondamental du système de santé en Algérie.

Notre objectif à travers cette recherche est de tenter d'évaluer la situation du financement de système de santé en Algérie et en chercher les causes de dysfonctionnement du financement de ce système tout en s'intéressant aux réformes apportées dans ce sens. Autrement dit : quels sont les grands obstacles rencontrés dans le financement du système de santé en Algérie ?

Pour ce faire, notre raisonnement s'acheminera vers la réponse aux questions subsidiaires suivantes :

- Quelles sont les différents modes de financement des systèmes de santé dans le monde ?
- Quels sont les sources du financement en Algérie ?
- Quels sont les déterminants des dépenses de santé en Algérie ?
- Quels sont les dysfonctionnements de financement de santé en Algérie ?
- Faut-il mobiliser d'autres sources de financement ou plutôt gérer au mieux celles déjà disponibles ?

Pour appréhender notre étude nous nous appuyons sur les hypothèses suivantes :

- L'augmentation des ressources de santé induit une amélioration de l'état de santé de la population ;
- Le dysfonctionnement du système de santé Algérien est dû au manque de moyens de financement.

Dans ce travail, nous avons tenté de mener cette recherche en se basant sur la démarche méthodologique suivante : une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux

## INTRODUCTION GENERALE

---

---

différents aspects théoriques et réglementaires du financement de santé en Algérie, une collecte de données auprès des organismes concernés : MSPRH, MTSS, ONS, CNAS.

Pour mieux répondre à notre question principale et confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons structuré notre travail en trois grands chapitres qui se résument comme suit :

Le premier chapitre traite la présentation du système Algérien tout en s'intéressant à son mode de financement.

Le deuxième (2) chapitre sera axé sur les dysfonctionnements du financement du système de santé en Algérie.

Quant au troisième (3) chapitre il traitera les différentes réformes apportées en Algérie pour remédier aux dysfonctionnements de financement du système de santé Algérien.

**CHAPITRE I : LES DIFFÉRENTS  
SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE**

# **CHAPITRE I : LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE**

## **INTRODUCTION**

La répartition équitable sur les territoires des services de santé et des structures de soins, quel que soit leur statut (public, privé lucratif ou non). Les soins essentiels, ou les soins de santé primaires, doivent être tolérés à proximité des populations. Les allocations pour le financement de la prévention, des soins de santé primaires, et du fonctionnement et de la maintenance des structures doivent être décentralisées. La poursuite des objectifs de santé publique doit intégrer enfin tous les fournisseurs (publics, privés lucratifs ou non).

Tous les premiers systèmes de santé du monde méritent bien quelques modifications structurelles et fonctionnelles pour augmenter l'espérance de vie et améliorer les conditions de la santé des individus et collectivités et éviter les disparités dans la population. Ces systèmes de santé reposent principalement sur le pré-paiement des soins par un système d'impôts ou de cotisations à un régime d'assurance ou à la sécurité sociale, pour avoir ou maintenir un bon niveau de santé dans tous les pays.

L'objet de ce chapitre est de présenter les différents systèmes de santé dans le monde et les principales sources de financement.

## **SECTION 1 : PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SANTÉ**

Les systèmes de santé et de protection sociale dans le monde peuvent être regroupés en quatre (4) modèles à savoir : le modèle bismarckien, le modèle Beveridgien, le modèle libéral et le modèle mixte.

### **1.1- Système Bismarckien**

Le modèle Allemand établi par Otto Von Bismarck en 1883, basé sur les assurances sociales dans le cadre d'un système de sécurité sociale plus ou moins universel. Initialement destiné aux salariés, son financement est assuré conjointement par les employeurs, les bénéficiaires et l'Etat dans le cadre du système d'assurances sans but lucratif. La propriété des prestations et leurs contrôles sont publics et/ou privés<sup>1</sup>.

Le système bismarckien c'est le premier système de santé mis en place, Bismarck va lancer en 1881 une politique sociale dans laquelle l'Etat aura le contrôle<sup>2</sup>, cette politique sociale se

---

<sup>1</sup> Faou AL : « l'économie de la santé en question, Allemagne ». France, Royaume-Unis, Etats-Unis, Canada. Coll. Sciences humaine en médecine. Paris (France) : édition, Ellipses ; 2003, P.9.

<sup>2</sup> Brahmia.B : « Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé », L'OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, édition bahaeddine, 2010, P.34.

traduira par trois (3) lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil. Il s'agit des textes portant sur :

- L'assurance maladie en 1883 ;
- L'assurance accident du travail en 1884 ;
- L'assurance invalidité et vieillesse en 1889.

A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants. Ce système s'appuie sur des caisses d'assurances maladies financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. Il est appelé aussi « professionnel » car son financement est assuré par le travail pour sa part l'Etat a pour tâche d'assurer le bien-être des citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses et redresser la situation en cas de déséquilibre financier. Le système bismarckien a été le modèle de nombreux pays européens, il a servi de source d'inspiration à l'Autriche, à la Belgique, à la France, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Depuis les années 1970, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universels.

### 1.1.1- Fondements du système de santé Bismarckien

Quatre principes fondamentaux définissent le système bismarckien :

- Une protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait, limitée à ceux qui ont su s'ouvrir des droits à protection par leur travail ;
- Une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;
- Une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires, et une proportionnalité des prestations aux cotisations ;
- Protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes<sup>3</sup>.

### 1.1.2- Fonctionnement du système de santé Bismarckien

Il applique une protection de type catégorielle, ce système est financé par la perception des cotisations sociales et gérés par des interlocuteurs sociaux, certains régimes dits « de remboursement » remboursent les prestations, ce système est aussi caractérisé par la liberté

---

<sup>3</sup> Lebrun E, Schwob R : Organisations des systèmes de santé de soins filières. In : santé publique, Paris (France), la conférence Hippocrate, Servier ; 2000. [www.gipspsi.org](http://www.gipspsi.org).le Royaume uni, chiffre clés, consulté le 08/05/2019.

souvent accordée au patient de choisir le prestataire. Ce système est appliqué en Allemagne comme suite : Il existe une assurance de soins de santé obligatoire pour tout salarié qui gagne moins qu'un certain plafond. Il s'agit du régime légal. Elle couvre aussi les étudiants, les retraités, et beaucoup de non-salariés ainsi que d'autres groupes ayant besoin de protection. Pour les revenus élevés, il existe une assurance optionnelle privée. Le financement s'appuie sur des cotisations salariales et patronales collectés par un réseau complexe de 450 caisses autonomes dont le financement n'est pas uniforme (cotisations et prestations différentes)<sup>4</sup>.

Il existe une certaine indépendance, mais la planification est centrale ; on distingue deux secteurs<sup>5</sup> :

- **Les médecins libéraux** : ils sont rémunérés par les caisses d'assurance maladie et il existe un contrôle de leur activité ;

- **Les hôpitaux** : sont essentiellement publics, le secteur hospitalier privée est réduit. Seules les CHU ont des consultations externes. Ces caisses versent 60% par l'employé et l'employeur (50-50) elles sont en fonction du revenu (environ 13,6%) et les taux sont différents d'une caisse à l'autre. Pour les pensionnés, les chômeurs et les personnes handicapées, les cotisations sont financées par une caisse sociale : à 21% par la fiscalité, à 7% par les assurances privées, à 11% par la participation aux coûts.

### 1.1.3- Les points forts du système bismarckien

- Satisfactions des usagers ;
- Il se distingue par une égalité dans l'accès aux soins ;
- Bonne performance dans les indicateurs sanitaires globaux ;
- Équité dans la contribution au financement ;
- Bonne évaluation épidémiologique et économique ;
- Taux d'équipements en technologies médicales intensives en capital parmi les plus élevés de l'Union Européenne.

### 1.1.4- Les points faibles du système bismarckien

- Vieillesse de la population qui menace la stabilité du principe de répartition ;
- Rationnement par les files d'attente (soins non urgents) ;

---

<sup>4</sup> Lebrun E, Schwob R : Organisations des systèmes de santé de soins filières, op cit, p5.

<sup>5</sup> Idem.



- Contradiction entre plan et budget ;
- Longues chaînes de renvois, duplications des équipements techniques, répartitions des tests de diagnostic ;
- Les inégalités de coût et de niveau de protection entre les groupes professionnels et les inactifs doivent recourir à une protection spécifique ;
- Il revient à l'État harmoniser les règles de fonctionnement<sup>6</sup>.

### 1.2- Système Beveridgien

Le système Beveridgien est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'état. Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la seconde guerre mondiale sous l'égide de Lord Beveridge en 1948<sup>7</sup>. Ce système est fondé sur le rapport de Beveridge fourni à la demande de Weston Churchill, publié en 1942. Trois étapes principales ont marqué la mise en place et le développement du système de Beveridge :

- Le système national d'allocations familiales (Family Allowance Scheme) en 1946, bénéficiant aux couples ayant deux enfants ou plus ;
- Le service national de santé (National Health Service) en 1946, garantissant la gratuité des soins à toute la population ;
- L'assurance nationale (National Insurance) en 1946, offrant les prestations en espèces<sup>8</sup>.

#### 1.2.1- Fondement du système beveridgien

Après avoir expérimenté le système bismarckien, la Grande-Bretagne va inventer plus tardivement, son propre modèle, à partir des réflexions de Lord Beveridge (1940). Celui-ci établit la règle des trois U, pour lutter contre les cinq géants malfaisants de l'histoire que sont : la maladie, l'ignorance, la dépendance, la déchéance et le taudis.

Le système prolonge et élargit le système de Bismarck en reposant sur trois principes :

---

<sup>6</sup> Annick C, Frédéric L : le cadre social ayant exercé à l'IGR, Villejuif, à Curie, Paris, et à l'EFEC, onc magazine-trimestriel février 2009- vol3 n01, P.4.

<sup>7</sup> olivier vittecoq :« les systèmes de santé, les quatre modèles » édition LITEC, 1992, Paris, P.1.

<sup>8</sup> Lebrun E, Schowab R : Organisation des systèmes de santé, de soins, filières et réseaux, op cit, p 5.

- Universalité : tout citoyen, quel que soit son statut, doit être protégé contre les risques sociaux ;
- Unicité : un service civique est chargé de gérer les fonds ;
- Uniformité : chacun perçoit les aides en fonction de ses besoins et donc indépendamment de son revenu<sup>9</sup>.

### 1.2.2- Fonctionnement du système de santé beveridgien

Il est gratuit, financé par le budget de l'Etat c'est-à-dire l'impôt, géré par l'État, et contrôlé par le Parlement, il est appelé « national » car la tutelle des services de santé et le fonctionnement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'Etat. Il a collaboré à l'institution de l'assurance chômage et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu.

Beveridge pense que ce système permettra d'assurer un niveau de vie minimum en dessous duquel personne ne devrait tomber.

### 1.2.3- Les points forts

Les points forts du système Beveridgien sont

- L'unification des assurances sociales ;
- L'extension des bénéficiaires à toute la population ;
- L'universalité d'accès aux soins de santé à toute la population ;
- Niveau de prestation de base trop basse pour empêcher l'entrée dans la pauvreté ;
- La loi sur les prestations familiales qui crée le premier régime d'allocations familiales aux familles d'au moins deux (2) enfants<sup>10</sup>.

### 1.1.4- les points faibles

Parmi les points faibles du système Beveridgien :

- Un net renforcement de l'approche qualitative des soins et du suivi des patients ;

---

<sup>9</sup> Annick C, Frédéric L : « le cadre social ayant exercé à l'IGR, Villejuif », op cit, p2.

<sup>10</sup> Joseph Kutzin : Premier réseau ouvert sur les services publics en Europe, France 2013, [www.unilim.fr](http://www.unilim.fr) consulté le 11/05/2019.

- Corporatiste et inéquitable de l'accès aux soins de santé à toute la population ;
- Une forte décentralisation des crédits auprès des agences locales<sup>11</sup>.

### 1.3- Système libéral Américain

Le système de santé américain a pris forme en 1890. Avant la crise de 1929, l'intervention publique en matière de protection sociale était quasi inexistante, notamment dans le secteur de la santé car l'association médicale américaine (Américain Médical Association) constituait un groupe de pression très important pour opposer toute intervention étatique. Dès le début de XXe siècle, les assurances privées vont trouver dans le secteur de santé une opportunité de marché<sup>12</sup>.

#### 1.3.1- Fondement du système libéral américain

Le principe de base du système de santé américain est que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée. Ce principe se traduit en pratique par<sup>13</sup> :

- L'absence de système national obligatoire ;
- La prédominance des acteurs privés, deux tiers des américains de moins de 65ans sont couverts par une assurance liée à l'emploi ;
- La prise en charge publique ne concerne que les plus vieux et les plus pauvres (Medicare et Medicaid, d'inspiration Beveridgienne).

#### 1.3.2- Fonctionnement du système libéral américain

Aux Etats-Unis, les Américains n'ont pas de système de protection sociale, des systèmes d'assurances privées couvrent les risques liés à leur santé. Chaque salarié peut disposer d'un compte d'épargne santé individuel défiscalisé sur lequel l'entreprise qui l'emploie verse une somme. Ce compte est géré par une société d'assurance santé privée (MCO : Managed Care Organization). Cette société peut être cotée en bourse. Il n'existe ni de couverture généralisée de la population, ni de financement public par le biais d'un prélèvement obligatoire. En 1999, plus de 65% des Américains de moins de 65ans sont couverts par le biais d'une assurance privé liée à l'emploi. En 2000 2/3 des entreprises de moins de 200 salariés offrent à leurs salariés une

---

<sup>11</sup> Lebrun E, Schwob R : « organisation du système de santé de soins filières et réseaux », op cit, p7.

<sup>12</sup> Anne-Laurance Le FAOU : « L'économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaumes-Unies, Canada. Coll. Sciences humaines en médecine ». Paris : Ellipses ; 2003, p 50.

<sup>13</sup> Olivier Vittecoq : « Les systèmes de santé : quatre modèles », op. Cit, p3.

assurance maladie. En 2008, la répartition des aides sociales est décentralisée et touche la majorité de la population, le nombre des Américains bénéficiaires de la sécurité sociale est de 180 millions Américains<sup>14</sup>.

Aux États-Unis les soins sont financés principalement par des régimes d'assurances privées, les services de santé et les modes de prestations sont presque essentiellement fournis par des interventions privées.

On distingue dans le financement des soins aux États-Unis deux modes de financements, financement privé et public et chacun diffère de l'autre.

### **1.3.2.1- Le financement privé**

Dans le système de santé Américain actuel, le financement privé se fait par les primes des employés qui versent aux compagnies d'assurances maladies et ce là se fait à travers deux manières : titre individuel, titre collectif.

### **1.3.2.2- Le financement public**

Le secteur de santé public aux États-Unis, le gouvernement a instauré deux programmes gouvernementaux (Medicaid et Medicare) destinés aux plus âgés c'est-à-dire les personnes qui ont dans l'âge 65ans, aux familles diminuées, les pauvres, les anciens combattants et les enfants dans l'âge inférieur à 18ans<sup>15</sup>.

### **1.4- le Système mixte**

Le système de santé de certains pays, comme la Belgique ou les Pays-Bas, est un système mixte inspiré des deux systèmes précédents (le système Bismarckien et le système Beveridgien). En dehors de l'Europe, le Canada a un système d'inspiration Beveridgienne mais décentralisé (contrairement au Royaume-Uni). Le système mixte est un autre modèle qui se caractérise par ;

➤ Un service national de santé (SNS) financé, conjointement et dans des proportions variables, par l'impôt et les cotisations sociales obligatoires ;

---

<sup>14</sup> Gilles Duhamel : « le système de santé et d'assurance maladie américain », Rapport n°2002-073, Avril 2002, p19.

<sup>15</sup> Michel Kelly G. « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », Institut économique de Montréal. 2005.

- La coexistence du SNS avec un important secteur de prestataires privés<sup>16</sup>.

Il se fonde sur les critères de deux systèmes classiques mais généralement ce sont des systèmes bismarckiens qui ont évolué au fur et à mesure des changements des gouvernements vers des modèles plus étatique, Beveridge, donc elle se fonde sur l'assurance obligatoire et la solidarité.

### **Section 2 : LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ EN ALGÉRIE**

Un système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Pour qu'un système de santé fonctionne, a besoin de personnel (ressources humaines), de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondant aux besoins et ou financièrement justes et traiter les patients décemment.

#### **2.1- Historique du système de santé Algérien**

Le système de santé Algérien a connu plusieurs changements à travers le temps, il a été passé par des différentes périodes.

##### **2.1.1- La première phase (Avant 1962) : la période coloniale.**

Le système de santé en Algérie à l'aube de XXe siècle, le service médical était assuré par une centaine de médecins isolés, livrés à eux-mêmes, disposaient de moyens réduits, dans des circonscriptions étendues. En 1907, le bactériologue « ALPHONE LAUVERAN » réussit le prix Nobel en 'Médecine' en récompense à ses recherches sur le paludisme à Constantine.

En 1931, le corps des auxiliaires médicaux indigènes est transformé en celui des adjoints techniques de la santé, dont la durée des études est trois ans.

A l'aube de la seconde guerre mondiale, une circonscription type comporte un auxiliaire de 40 à 50 lits installé au chef-lieu, plusieurs salles de consultation réparties dans les villages avec des visites périodiques de l'infirmière ou du médecin. On compte alors environ 150 circonscriptions médicales en Algérie dont 53 pour le département d'Alger, 41 pour le département d'Oran et 57 pour le département de Constantine<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Henri D. Rochet R. « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé. Complément B in régulation du système de santé. n° 13 . Édition la documentation française 1998.

<sup>17</sup> Saihi A : le système de santé publique en Algérie. Analyse et perspective, ENA, Alger, Avril 2006.

### 2.1.2. La deuxième phase (1962-1973) : reconstruction d'un système dévasté par la guerre.

Dès l'indépendance l'Algérie a hérité de la France d'un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure relativement importante mais hospitalocentriste, répartie au Nord, en ville et dans les zones agricoles riches couvrant ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas l'accès aux soins. Deux secteurs cohabitent : secteur privé et secteur public.

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins (dont 50 % d'Algériens) pour couvrir une population de 10,5 millions d'habitants. Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (80 %), une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans et des maladies transmissibles sévissant à l'état endémique, d'une ampleur sans égale, responsables d'une importante cause de décès et d'handicaps. Les ressources étant limitées, le Ministère de la Santé s'est fixé deux objectifs essentiels face à cette situation : la lutte contre les maladies transmissibles et le développement de l'accès aux soins. L'action sur le terrain se distinguait par la mise en œuvre de programme de santé destinée à la protection des populations et la prévention des maladies prévalentes. À ce titre, la vaccination obligatoire de tous les enfants a été instituée, le programme d'éradication du paludisme a été lancé avec succès. Le médicament a bénéficié de larges facilités de production, d'importation et de distribution.

L'Algérie a passé d'une phase de transition ou l'apparition du régime socialiste et durant la décennie 1970 ou l'Algérie fait des rentes pétrolières d'intégrer les principes et règles de la médecine gratuite. Cette orientation vise à accroître le dispositif d'offre de soins (hôpitaux, polyclinique, centres de santé et salles de soins) devient ainsi un instrument essentiel, utilisé par l'Etat, pour permettre l'accès de la population aux soins et à la mise en œuvre de programmes sanitaires (mortalité infantile, tuberculose, etc.)<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Boutaleb K. : le système de santé public Algérien à l'épreuve de PAS, communication pour colloque international sur le PAS et ses effets sur les secteurs de l'éducation et de la santé, Batna le 20-21-22 novembre 2000.

**2.1.3. La troisième phase (1974-1987) :** vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics.

La nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les révolutions « industrielle, agricole et culturelle ».

L'instauration d'un programme de santé qui se traduit par un nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973, cette étape a marqué trois faits majeurs :

- L'instauration de la gratuité des soins (janvier 1974), ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins ;
- La réforme des études médicales visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens ;
- La création du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé<sup>19</sup>.

En février 1973, un décret instaure la structuration du système de santé Algérien. Ce qui a amené à découper le pays en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une daïra qui comprend une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphériques (polycliniques, dispensaires et centre de santé), qui lui sont rattachées administrativement.

Cette réorganisation du système de soins se caractérise par :

- Une unification des services de soins ;
- Une hiérarchisation du système de soins.

---

<sup>19</sup> Benmansour A : Le financement du système de santé au pays du Maghreb : cas de l'Algérie, Maroc et la Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, université de T. Ouzou, 2012, p 47.

Au début des années 1980, avec l'augmentation substantielle des revenus pétroliers, le budget de la santé atteint près de 7% du PIB <sup>20</sup>:

➤ Les unités de soins sont équipées de moyens modernes et plus de quarante nouveaux hôpitaux sont édifiés, cet investissement en nouveaux lits hospitaliers améliore considérablement la couverture nationale en lits, mais pêche malheureusement par une implantation géographique inadéquate des unités par rapport aux évolutions des besoins et souvent par une architecture inadaptée au milieu environnant.

➤ Une quantité importante d'équipements lourds sont acquis, là aussi dans la précipitation et sans étude préalable sur la pertinence des achats, leur implantation, et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance.

**2.1.4. Quatrième phase (1986-2001) :** absence d'adaptation du secteur de la santé à double transition démographique et épidémiologique.

La crise de 1986, en raison de la chute des revenus pétroliers (le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10\$ US), imposant à l'Algérie, de faire des emprunts à des taux ruineux en raison de l'augmentation de la demande des soins résultant de l'augmentation des dépenses de santé. Celui de la santé connaît un net recul dès 1986/1987, mettant une grande difficulté le secteur public hospitalier. Par conséquent, les autorités publiques ont obligé de faire des ajustements de l'organisation sanitaire.

En effet, plusieurs transitions importantes ayant un impact sur le système de santé public s'amorcent :

### **a) Une transition épidémiologique**

- Persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique) ;
- Augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes : diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.

### **b) Une transition démographique**

- Amorce du vieillissement de la population (6,7% en 1999) ;

---

<sup>20</sup> Rapport NABNI 2020 : Cinquantenaire de l'Indépendance : Enseignements et vision pour de 2020, Janvier 2013, p 8.



- Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine en 1999) ;
- Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans en 1998).

### c) Une transition socio-économique

- Chute des revenus des hydrocarbures, insuffisance de productivité et de création de richesse interne, augmentation considérable du poids de la dette extérieure et passage désordonné à l'économie de marché avec comme effet la dévaluation du dinar, le développement du chômage et d'une inflation élevée ;
- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (logements, éducation, santé), une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique ;
- Elargissement des poches de pauvreté et précarité nutritionnelle de larges couches de la population.

La crise de l'endettement apparue au début des années quatre-vingt, fait émerger le FMI et la Banque Mondiale comme des institutions incontournables pour tous les débiteurs en difficultés. Dans ces circonstances, l'Algérie a passé un accord qui engage le pays à mettre en œuvre un programme de stabilisation et d'ajustement. Il s'agit d'assainir l'économie par le rétablissement des grands équilibres macro-économiques de façon à réunir les conditions de la relance. Or l'application de programme d'ajustement a des effets qu'il faut identifier.

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel sont : réduction des importations des médicaments et de réduire les dépenses de santé « Les mesures prises à cet effet n'ont pas répondues à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouties à une augmentation des charges financières sur les ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivie »<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Rapport NABNI 2020, Cinquantième de l'Indépendance : Enseignements et vision pour de 2020, OP.Cit P 9.

**2.1.5. Cinquième phase (2002-jusqu'à nos jours) :** volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure.

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales. Certains indicateurs de santé connaissent une amélioration significative à savoir :

- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB passe de 3,5% en 2000 à 5,8% en 2009;
- Des nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements ;
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 (35000 praticiens en 2007, dont 13000 spécialistes) ;
- Promotion du médicament générique et encouragement de la production locale (70% de la couverture nationale en volume des médicaments en 2012).

Depuis Janvier 2008, une nouvelle disposition réglementaire a été prise dans le domaine de l'organisation de santé, instituant une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre :

- Des structures extrahospitalières assurant la prévention et les soins de base : Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité, ex Secteur Sanitaire) ;
- Des structures d'hospitalisation et de soins spécialisés : Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier) ;
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-universitaires) et EHS ;
- Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés) dans par exemple la médecine sportive ou les maladies cardiovasculaires.

La situation actuelle se caractérise entre autres par :

- De grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;

- Une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins ;
- Le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé ;
- Sur le plan épidémiologique :
  - ✓ Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de maladies infectieuses ;
  - ✓ Une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques.
- Le passage à l'économie de marché qui se traduit par des bouleversements socioéconomiques.

### 2.2- Etat de santé de la population Algérienne

Les progrès dans l'amélioration de la santé de la population en Algérie sont clairs depuis l'indépendance, bien que le financement soit resté stable en dinars constants au regard de la croissance démographique et de l'augmentation de la taille du secteur. Malgré une grande insatisfaction résiduelle, les Algériens restent attachés à un système de soins basé sur l'égalité d'accès et la solidarité nationale.

Dans les années 90 l'état de santé de la population algérienne était beaucoup plus difficile, car la DNSP a évolué beaucoup plus rapidement que le PIB-habitant. La priorité est de corriger les dysfonctionnements constatés dans la gestion du système de soins, particulièrement au niveau des 10% de patients qui coûtent le plus cher à la collectivité. Comme l'a clairement établi le paiement des prestations selon le système DRG (groupes homogènes de maladies), le développement des techniques de diagnostic et de soins hors hospitalisation est la direction privilégiée pour améliorer le rendement du système de soins à coût de revient constant<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Aguerçig M : le financement de santé publique en Algérie évaluation 1974-1989 et perspectives, Oran. In <http://www.sante.dz/> consulté le 13/05/2019.

### 2.2.1- Une vision générale sur les maladies en Algérie

Depuis une vingtaine d'année, la situation sanitaire de l'Algérie a connu une modification des problèmes de santé avec une multiplication des maladies non transmissibles notamment les affections chroniques (maladies cardiovasculaires, asthme, hypertension, diabète, cancers etc.). Les indices des maladies chroniques progressent légèrement mais demeurent relativement bas. Les maladies cardiovasculaires constituent les causes de décès les plus fréquentes (20 % du total des décès), suivies des tumeurs (8 %), des traumatismes (6 %), des maladies de l'appareil respiratoire (5,5 %) et des maladies endocriniennes (5 0/0). Les décès en période périnatale représentent 20 % du total des décès rapportés. Les principales affections mentionnées sur ces certificats sont la détresse respiratoire du nouveau-né, la prématurité et la souffrance fatale. La déclaration des causes mal définies est encore très fréquente, soit entre 23 et 24%. Il s'agit le plus souvent de mentions d'arrêt cardiorespiratoire.

L'hypertension artérielle (HTA) occupe la première place en termes de prévalence des maladies chroniques chez la population algérienne, fait que cette maladie représente un véritable problème de santé publique. Plusieurs études scientifiques, menées aussi bien par le ministère de la santé que par des chercheurs dans le cadre de travaux universitaires, montrent que cette affection aux conséquences particulièrement redoutables touche près de 35% de la population algérienne en 2008 avec une disparité nord/sud où le taux de prévalence de l'HTA est plus élevé au sud du pays (SAHA, 2009)<sup>23</sup>.

Parmi les maladies chroniques et pathologies nécessitant un suivi médical particulier et une prise en charge conséquente, le diabète est à situer dans un pôle assez particulier dans la hiérarchie des maladies. En Algérie, cette maladie coûte à l'état qui avoisine les 328 milliards de dinars, soit l'équivalent de 5.2 milliards de dollars annuellement selon le département de la santé publique.

D'autres maladies qui touchent la population algérienne, surtout ces dernières années, l'Algérie a connu l'émergence des maladies dites de civilisation.

---

<sup>23</sup> MSP : Société Algérienne de l'Hypertension artérielle, MSP, Alger in <http://www.tamanrasset.net/article/item.2762/1>. Consulté le 11/05/2019.

### 2.2.2- Les facteurs de risque communs aux maladies chroniques prévalentes

- Le tabagisme régresse en Algérie tout en demeurant fréquent ; en 2002, une taxe sur les cigarettes a été introduite, la loi interdit de fumer dans les espaces fermés ainsi que toute publicité sur le tabac ;
- L'alcoolisme n'est pas encore un problème de santé publique en Algérie, mais de nombreux indices dans certaines régions du pays, laissent craindre son augmentation rapide au cours des années à venir ;
- La malnutrition, l'inactivité physique, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et les dyslipidémies ;
- Les mauvaises conditions d'hygiène et l'insuffisance de contrôle du réservoir animal contribuent à l'extension de certaines zoonoses, notamment la leishmaniose et la brucellose, limitées jusqu'aux années 80 à quelques wilayas du Sud ;
- Le paludisme ne représente plus l'endémie majeure qu'il constituait par le passé (30 000 cas/an entre 1962-1968). Depuis, il régresse progressivement pour se caractériser actuellement par un nombre de cas variant de 100 à 200/an, 80% sont déclarés par les wilayas du sud essentiellement, Tamanrasset et Adrar<sup>24</sup>.

### 2.3- Les indicateurs de la santé de la population en Algérie

Il existe plusieurs indicateurs de santé et dans ce qui suit nous allons illustrer quelques-uns :

#### 2.3.1- L'espérance de vie en Algérie

L'espérance de vie moyenne à la naissance était de 47 ans pour les deux sexes en 1962, elle a progressé depuis 25 ans. Ce changement important entraîne des dépenses de santé induites par une nouvelle charge de morbidité où prédominent les maladies non transmissibles dont celle liées au vieillissement.

L'espérance de vie est légèrement plus élevée par rapport aux années précédentes comme le montre le tableau suivant :

---

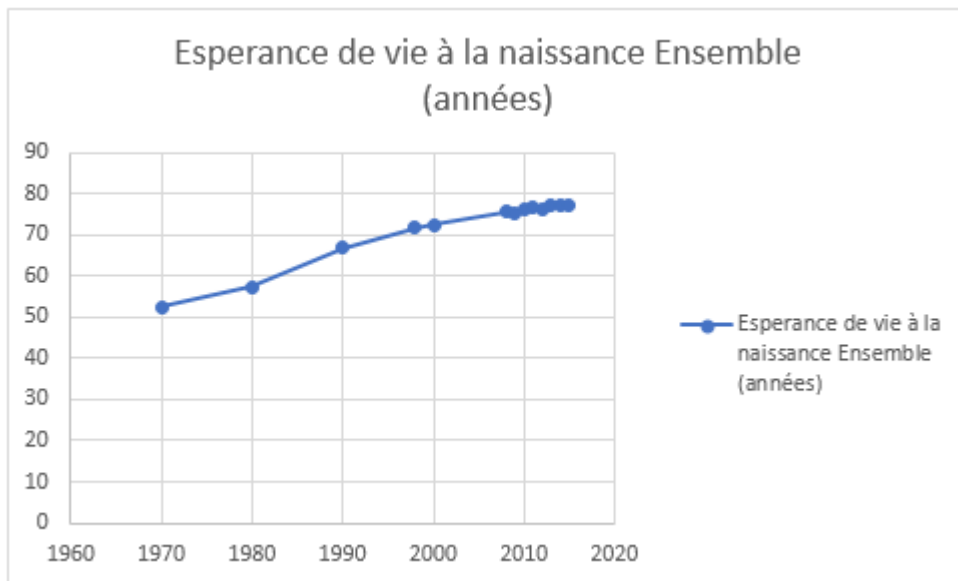
<sup>24</sup> MSPRH : système national de santé : éléments de réflexion, avril 1998 : développement du système national de santé stratégies et perspectives mai 2001, « statistique sanitaire », novembre 2002, « avant-projet de loi sanitaire », février ; la santé des algériennes et des algériens, MSPRH, Alger, avril 2003.

**Tableau n°1 :** Evaluation de l'espérance de vie à la naissance par sexe

Année	Esperance de vie à la naissance Hommes (années)	Esperance de vie à la naissance Femme (années)	Esperance de vie à la naissance Ensemble (années)
1970	52,6	52,8	52,6
1980	55,9	58,8	57,4
1990	66,3	67,3	66,9
1998	70,5	72,9	71,7
2000	71,5	73,4	72,5
2008	74,8	76,4	75,6
2009	74,7	76,3	75,5
2010	75,6	77	76,3
2011	75,6	77,4	76,5
2012	75,8	77,1	76,4
2013	76,5	77,6	77
2014	76,6	77,8	77,2
2015	76,4	77,8	77,1

Source : Office national des statistiques.

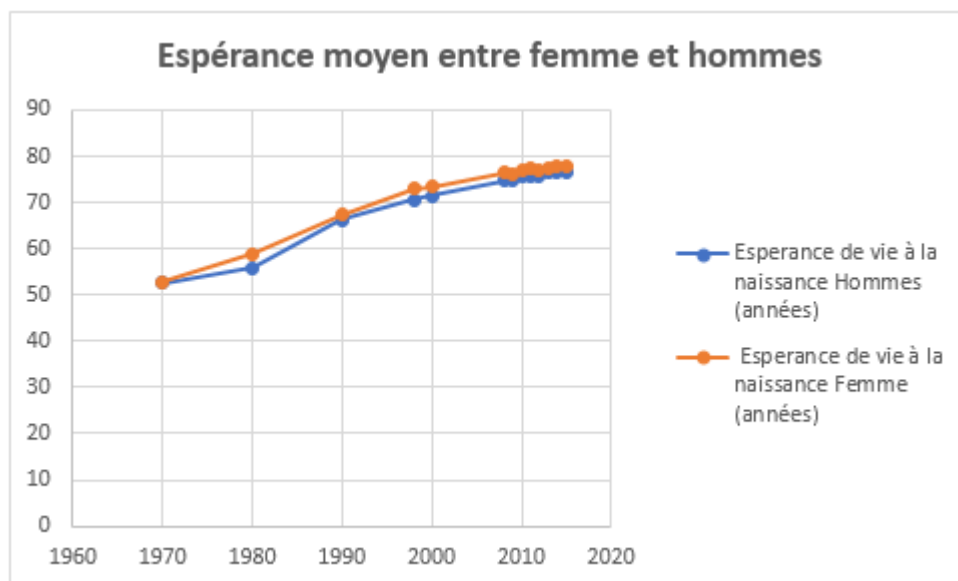
Figure n°1 : Evaluation de l'espérance de vie en Algérie entre 1970 et 2015 en Algérie



Source : réalisé par nos soins à base des données du tableau n°1

L'amélioration de la santé a tendance à affecter principalement les personnes âgées, réduire la mortalité de la vieillesse et l'espérance de vie. En effet, l'espérance de vie entre 1970 jusqu'à 2015 est passée de 52,6ans en 1970 à plus de 77.1ans en 2015, soit un gain de 24.5ans en espace de 45ans (approximativement plus de 5 mois par année).

Figure n°02 : Espérance moyen entre femme et hommes



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°1.

On constate que l'espérance de vie à la naissance est estimée à 52,7 années en 1970 dont 52,6 ans pour les hommes et 52,8 pour les femmes, soit un écart de moins d'un an. Cette espérance a connue une évolution progressive au cours des années récentes, ou elle atteint 72,5ans en 2000 (dont 71,5 pour les hommes et 73,4 pour les femmes) et 77,1 ans en 2015 (dont 76,4 pour les hommes et 77,8 pour les femmes).

Cette évolution progressive de l'espérance de vie reflète la situation sanitaire de l'Algérie ces dernières années et cet indicateur se rapproche de ceux des pays développés. Ceci est le résultat d'une amélioration sensible de la couverture sanitaire et de l'amélioration de l'accès aux soins par les populations de la mise en œuvre de nombreux programmes de lutte contre les maladies endémiques ; parallèlement, la vaccination des enfants, la prévention et l'espacement des naissances ont permis un recul très substantiel du taux de mortalité infantile.

### **2.3.2- La mortalité en Algérie**

La mortalité générale a connu une réduction importante au cours de la période post indépendance. Le nombre de décès dans la population totale va en diminuant et ce malgré l'augmentation de l'effectif global de la population<sup>25</sup>.

#### **2.3.2.1- La mortalité générale**

Par groupe d'âge et conformément au schéma universel, la mortalité, toujours élevée aux premiers mois de la vie, diminue pour atteindre son minimum autour de l'âge de 10 ans ; elle augmente ensuite progressivement aux âges suivants. Il est à noter qu'au-delà d'un an, les facteurs endogènes, généralement liés aux malformations, tares génétiques, traumatismes de grossesses et de la maternité...etc, tendent à devenir nuls. L'essentiel des décès est dû alors aux facteurs exogènes, liés ordinairement à l'environnement<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Ricoux R: « La Démographie Figurée de l'Algérie », édition HACHETTE LIVRE, 2018, p 144.

<sup>26</sup>Idem.p.155.

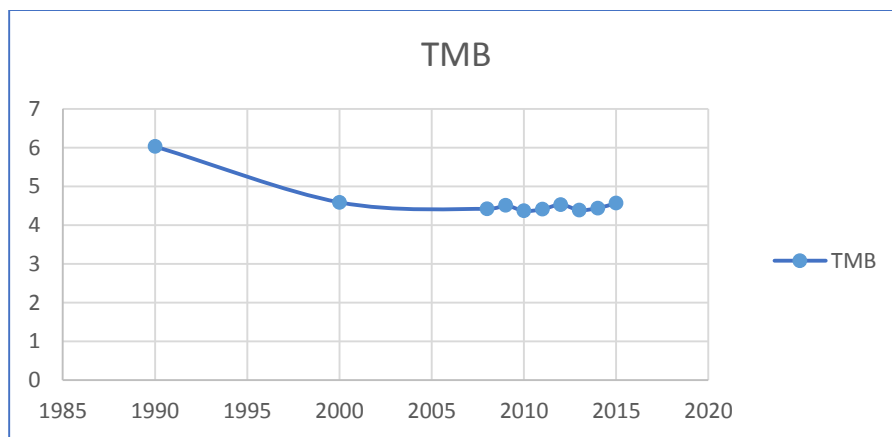


**Tableau n° 2 : Evolution du taux de mortalité**

Année	TMB	TMI
1990	6,03	46,8
2000	4,59	36,9
2008	4,42	25,5
2009	4,51	24,8
2010	4,37	23,7
2011	4,41	23,1
2012	4,53	22,6
2013	4,39	22,4
2014	4,44	22
2015	4,57	22,3

Source : ONS : Démographique 2015.

**Figure n° 3 : Evolution du taux brut de mortalité**



Source : Réalisé pas nos propres soins à partir des données du tableau n° 2

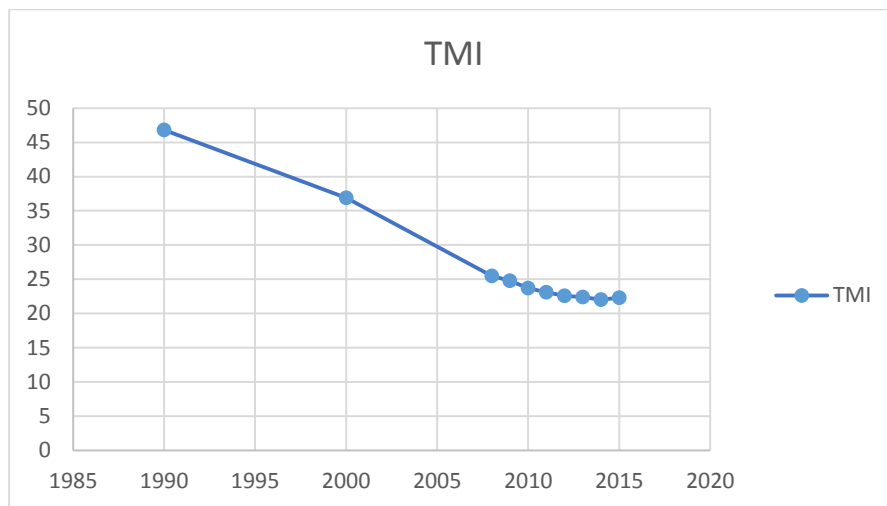
A partir du tableau et la figure nous remarquons que le taux de mortalité brut est on baisse d'une année à une autre, cette diminution de mortalité est souvent interprétée par un succès dû à l'amélioration des conditions sanitaires et économiques.

### 2.3.2.2- La mortalité infantile des Algériens

Le taux de mortalité infantile reste encore un point important en Algérie. En effet, la réduction relative et absolue de la mortalité est liée notamment à une meilleure survie des enfants de

moins de 5 ans. Ainsi, les petites filles ont tendance à survivre davantage que les petits garçons à leurs premières et cinquièmes premières années.

**Figure n° 4 : le taux de mortalité infantile des Algériens**



**Source :** Réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°2.

Le niveau de la mortalité, la probabilité de décès entre la naissance et l'âge exacte de 5 ans, a connu une diminution lente, puisqu'elle passe de 22,6 pour mille naissances en 2012 à 22,4 pour mille en 2013 et 22 en 2015. Par sexe, les chiffres précisent que le taux juvénile masculin qui était de 58,2 pour mille en 1990 a chuté de moitié à 27,1 pour mille en 2015. Quant au taux de mortalité juvénile féminin, il est passé de 54,7 pour mille naissances à 24,2 pour mille<sup>27</sup>.

### 2.3.2.3- La mortalité maternelle des Algériens

La mortalité maternelle se définit par la mort d'une femme durant sa grossesse, son accouchement, ou les 6 semaines après l'accouchement. Le taux de mortalité maternelle a connu un «net recul» passant de 230 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à un taux de 60,3 pour 100.000 naissances vivantes en 2011. Le taux d'accouchement assisté a atteint 97,2% et que 95% des femmes enceintes ont eu au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse. De même que le développement des infrastructures assurant des prestations de proximité au niveau de 271 Etablissements Publics de Soins de Proximité (EPSP), 195 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et des 30 complexes « mère et enfant ». Une enveloppe de 32

---

<sup>27</sup> ONS : démographie, op cit.

milliards DA a été dégagée par les pouvoirs publics pour le financement des 32 structures de soins « Mères-Enfants », à travers le territoire national<sup>28</sup>.

### 2.4- Organisation du système de santé en Algérie

L'organisation du système de santé en Algérie se caractérise par l'offre des soins qui se présente à l'offre hospitalière, en ressources humaines et l'offre en matière de médicaments<sup>29</sup>. L'organisation du système national de santé repose sur un ensemble de structures administratives et techniques, établissements spécialisés et organes scientifiques et techniques. Ce système se présente comme suit :

- Administration centrale
  - Structures spécialisées autonomes 5 Régions Sanitaires avec 5 CRS (Conseils Régionaux de la Santé) et 5 ORS (Observatoires Régionaux de la Santé)
  - 48 DSP (Directions de la Santé et de la Population - Une direction par wilaya)
  - 185 Secteurs Sanitaires 13 CHU (Centres Hospitalo-Universitaires)
  - 31 EHS (Etablissements Hospitaliers spécialisés)
  - SAMU-Algérie
  - Comités Médicaux Nationaux
  - Conseil de Déontologie Médicale (Conseil de l'ordre)
  - Conseil National de l'Éthique en sciences de la santé
  - Sociétés savantes
  - Syndicats et associations professionnels
- **Salle de soin** : C'est la plus petite unité elle peut être surtout recommandés en milieu rural pour des zones urbaines très dispersées.
  - **Centre de santé** : Il est considéré comme l'unité de base pour l'application des soins de santé premiers et la plus proche de la population
  - **Polyclinique** : La structure de relais et de filtre par les consultations spécialisées qu'elle assure entre le secteur hospitalier et les centres de la santé.

---

<sup>28</sup> Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.

<sup>29</sup> Béjeau S : « Economie du système de santé : du marché à l'organisation », édition Economica, Paris 1994, p 56.

- **Hôpital** : Etablissement doté de personnels médicaux et infirmiers, et des équipements permanents qui permettent d'offrir toute une gamme de services relatifs à la santé.

- **Types des hôpitaux suivant le nombre de lits**

-Hôpitaux très petits : jusqu'à 50 lits ;

-Hôpitaux petits : entre 50-150 lits ;

-Hôpitaux normaux : entre 150-600 lits ;

-Hôpitaux grand : plus 600 lits ;

- **Types des hôpitaux suivant leur fonction**

**Généraux** : le type le plus connu d'hôpital est l'hôpital général, qui est mis en place pour faire face à de nombreux types de maladies et de blessures, et a généralement un service d'urgence pour faire face à des menaces immédiates pour la santé et la capacité d'envoyer des services médicaux d'urgence. Un hôpital général est souvent le principal établissement de soins dans sa région, avec un grand nombre de lits pour soins intensifs et de soins de longue durée, et des installations spécialisées pour la chirurgie, la cardiologie et la neurologie

**Spécialisées** : les hôpitaux spécialisés sont des centres de traumatologie, de réhabilitation des hôpitaux, pour personnes âgées (gériatrie) par exemple. Ils ont pour objectifs de faire face aux besoins médicaux spécifiques, tels que des problèmes psychiatriques

**Universitaires** : un hôpital d'enseignement (ou hôpital universitaire) combine l'aide aux patients à lier à une école de médecine

**Cliniques** : un service médical plus petit qu'un hôpital est appelé clinique et est souvent géré par une agence gouvernementale pour les services de santé ou d'un partenariat privé des médecins (dans les pays où le secteur privé est autorisé). Les cliniques ne fournissent généralement que des services ambulatoires.

- **CHU** : Centres sanitaire ou sont organisés les enseignements publics médicaux et post universitaires ainsi que la recherche et les enseignements paramédicaux.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Khiati. M : « quelle santé pour les Algérien », édition Maghreb relations, Alger 1991, p.9.

### Section 3- Les sources de financement du système de santé en Algérie

Le système de santé algérien est de type mixte tirant ces ressources de la fiscalité et des cotisations sociales. En effet, le financement du système de santé est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances avec une contribution de l'État, une contribution de la Caisse nationale d'assurances sociales qui peut varier d'une année à l'autre et, enfin, par une participation des usagers qui est fixée par voie réglementaire.

La participation des différentes sources de financement du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années 70. La participation de l'État a connu une régression en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé. Durant les années 90, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé dans le financement de la santé. Cela permettra de récompenser la diminution de la part de l'État, suite à la crise qu'a connu le pays durant cette période (fin 80 et début 90). A partir de l'année 2000, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'État dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation peut être expliquée par l'augmentation du budget de l'État ; suite à l'accroissement des recettes pétrolières. Quand à la participation des ménages a connu des fluctuations. En 2012, leur part de financement dépasse celle de la sécurité sociale. Cette dernière a connu des difficultés pour maintenir son niveau de financement. La part de l'État devient de plus en plus importante suite à l'amélioration de la situation financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date. Cette situation a permis à l'État de reprendre sa place de financeur de la santé.

Le système de santé Algérien est basé sur un triple financement assuré par : l'État, la sécurité sociale et les ménages. La politique de santé algérienne doit répondre à une demande de soins de plus en plus importante face à des ressources limitées.

#### 3.1- Budget de l'État

Dans le secteur de santé en Algérie, le Gouvernement finance tous les titres des dépenses, à savoir, les dépenses de personnel, de biens et services, de transfert et d'investissement. La participation de l'État pour garantir la solidarité nationale et la cohésion sociale d'une part, et la pérennité de ses avantages de puissance publique en matière de planification et de régulation d'autre part.

### 3.1.1- Financement du Ministère de la Santé

L'analyse du financement du Ministère de la Santé revêt une grande importance en raison de son poids dans le système national de santé. Outre son rôle de garant de la santé en Algérie, ce département est le plus important fournisseur de soins.

La source principale du financement des activités du Ministère de la Santé est le budget de l'Etat. Plus des trois-quarts des dépenses du département proviennent du budget général de l'Etat. Toutefois, cette part a connu une augmentation assez importante, en passant de 37,39% en 1997 à 50% en 2003, en raison notamment de la chute de la participation des ménages au financement des activités des structures de soins du secteur public<sup>31</sup>.

**Tableau n° 3 : Les dépenses de fonctionnement 2015-2018**

Années	2015	%	2016	%	2017	%	2018
Personnel	66476	59.69	80211	60.06	170	6.12	112578
Formation	2560	2.3	3241	2.3	140	5.04	8000
Alimentation	3200	2.87	3469	1.9	161	5.8	6530
Médicaments	19600	17.6	336	18.4	335	12.79	44498
Prévention	3400	3.05	3327	2.7	455	16.4	8000
Matériel méd	5000	4.49	9500	2.9	502	18.09	10000
Entretien infrastructures	3622	3.25	5153	2.9	507	18.27	8500
Services soc	7768	5.18	8455	1.1	180	6.48	12500
Autre	16089	1.52	17001	4.9	292	10.52	1808
Recherche méd	45	0.04	48	0.004	33	1.18	50
Total	111361	100	145145	100	2775	100	212464

Source : BM, région MENA, à la recherche d'un investissement public de qualité, rapport 37350-DZ, une revue des dépenses publique, BM,2018.

### 3.1.2- la participation des autres Ministère au financement de la santé

La plus grande partie du financement budgétaire du secteur de la santé, provient du ministère de la Santé. D'autres départements ministériels apportent également leurs contributions : le ministère de la Défense finance les hôpitaux militaires ; le ministère de l'Enseignement

<sup>31</sup> Des données du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, (2004), la santé des Algériennes et des MSRH. Alger, <http://www.sante.dz/> consulté le 11/05L2019.

supérieur et de la Recherche prend en charge les salaires des médecins des CHU ; le ministère de l'Éducation et le ministère de la Jeunesse et des Sports mènent les activités de prévention ; d'autres ministères financent les établissements de santé destinés à des groupes sociaux bien précis<sup>32</sup>.

### 3.2- Le système algérien de la sécurité sociale

Le système comprend toutes les branches de la sécurité sociale prévues par les conventions internationales, à savoir l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance décès la branche accidents du travail et maladies professionnelles la retraite (l'assurance vieillesse), l'assurance chômage et les prestations familiales. Ce concept est apparu durant le siècle des lumières et, notamment, dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789<sup>33</sup>.

Après une série d'évolutions successives depuis l'indépendance, une refonte totale basée sur le principe de l'unification du système a été opérée en 1985. Elle s'est traduite par la mise en place de deux caisses nationales dont l'une chargée de la gestion de la branche retraite et l'autre de l'ensemble des autres branches ainsi que du recouvrement des cotisations.

Avec le décret n° 92-07 du 4 janvier 1992, relatif à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale, l'institution en 1994 de l'assurance chômage et la création en 2006 par le décret no 06-370 du 19 octobre 2006 de la caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, l'architecture actuelle du système se présente comme suit :

Deux caisses nationales, la CNAS (Caisse Nationale d'Assurances Sociales des travailleurs salariés) et la CNR (Caisse Nationale de Retraite), sont placées sous la tutelle du Ministre chargé de la sécurité sociale. La CNAC (Caisse Nationale d'assurance-chômage) quant à elle, est placée sous la tutelle du Ministère de l'emploi et de la solidarité.

La CNAS gère le recouvrement de toutes les cotisations de sécurité sociale et assure cette fonction pour le compte de la CNR et de la CNAC. Elle assure la gestion des prestations en

---

<sup>32</sup> MSPRH : la politique Nationale de la santé. MSPRH, Algérie 2006.

<sup>33</sup> ART.2.- le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression  
Et celle de 1793 :

Art .21.- (des secours publics) - les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. »

nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des prestations familiales pour le compte de l'Etat.

La CNR gère les pensions et allocations de retraite ainsi que les pensions et allocations des ayants droit. Dans chaque Wilaya, la CNAS et la CNR disposent chacune d'une structure dénommée "Agence de Wilaya" qui fonctionne comme une annexe de la caisse nationale concernée.

La mission de la CNAC est de gérer les prestations chômage, de tenir à jour le fichier de ses affiliés, d'organiser le contrôle prévu par la législation en vigueur en matière d'assurance chômage, d'aider les entreprises en difficulté, d'aider à la réinsertion. Elle dispose de 13 directions régionales et de 43 agences.

En ce qui concerne les non-salariés, c'est la CASNOS (Caisse de Sécurité Sociale des Non-salariés) qui assure le recouvrement des cotisations, procède à l'immatriculation des assurés et gère les prestations en nature et en espèces des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité et décès).

### 3.2.1- Les risques couverts par la sécurité sociale en Algérie

Les risques couverts par la sécurité sociale sont résumés dans le tableau suivant

**Tableau n°4 : Les risques couverts par la sécurité sociale en Algérie**

Nature du risque	Type de prestation	
	En espèce	En nature
Assurances sociale	-revenus de remplacement, -indemnités journalières pour maternité -pension d'invalidité ; - allocation familiales	-remboursement des frais médicale médicaments ; analyses, accouchement, hospitalisation ; -prestations gratuites dans des cas médico- sociaux.

Source : réalisé par nos soins

### 3.2.2- Le financement de la sécurité sociale en Algérie

La sécurité sociale est obligatoirement assurées les personnes de quelque nationalité que ce, qui exercent en Algérie une activité salariée ou assimilée, une activité non salariée ou qui sont en



formation professionnelle. Les sources du financement sont donc essentiellement des cotisations à la charge des employeurs et des travailleurs.

**Tableau n°5 : Les taux de cotisation aux caisses de sécurité sociales en Algérie en 2018**

<b>Branche</b>	<b>A la charge de l'employeur</b>	<b>A la charge du salarié</b>	<b>A la charge du fonds des œuvres sociales</b>	<b>Total</b>
Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)	11,5 %	1,5 %	-	13 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	-	-	1,25 %
Retraite	11 %	6,75 %	-	17,75 %
Retraite anticipée	0,25 %	0,25 %	-	0,5 %
Assurance chômage	1 % <sup>1</sup>	0,5 % <sup>1</sup>	-	1,5 %
Logement social	-	-	0,50 %	0,5 %
<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>9 %</b>	<b>0,50 %</b>	<b>34,5 %</b>

Source : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS), 2018.

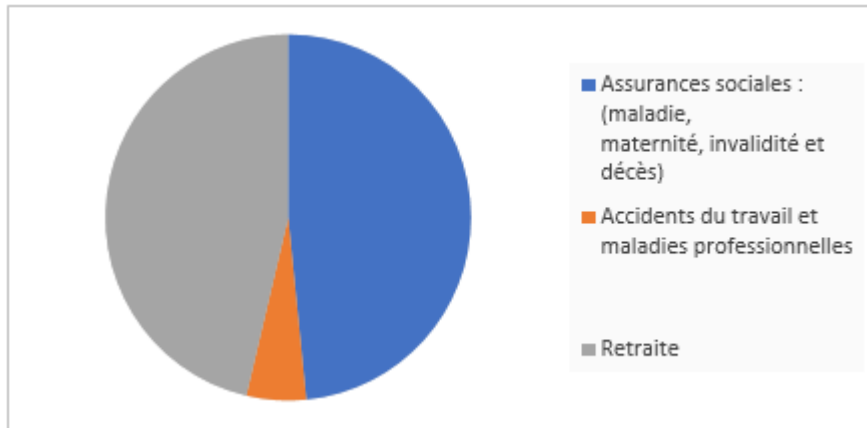
D'après le tableau n°5, nous remarquons clairement que les cotisations ne sont pas à la charge des salariés uniquement, mais elles sont réparties, avec des pourcentages différents, entre les employeurs, les salariés et le fonds des œuvres sociales. L'employeur supporte généralement la part la plus importante.

### **3.2.2.1- La Cotisations salariale**

Au titre des travailleurs salariés, le Taux de cotisation unique est de 34,5 % du salaire soumis à cotisation tel que défini par la loi.

Pour les non-salariés, le taux de la cotisation globale, à la charge de l'assujéti, est de 15% calculé sur la base du revenu annuel imposable ou à défaut du chiffre d'affaires ou dans certains cas sur la base du SNMG annuel. Ce taux est réparti à parts égales (7,5%) entre les assurances sociales et la retraite. Pour les catégories particulières inactives, le taux de cotisation à la charge du budget de l'Etat varie entre 0,5 % et 9% du SNMG.

**Figure n°5 : Le taux de cotisation caisses de sécurité sociale par nature à la charge de l'employeur.**

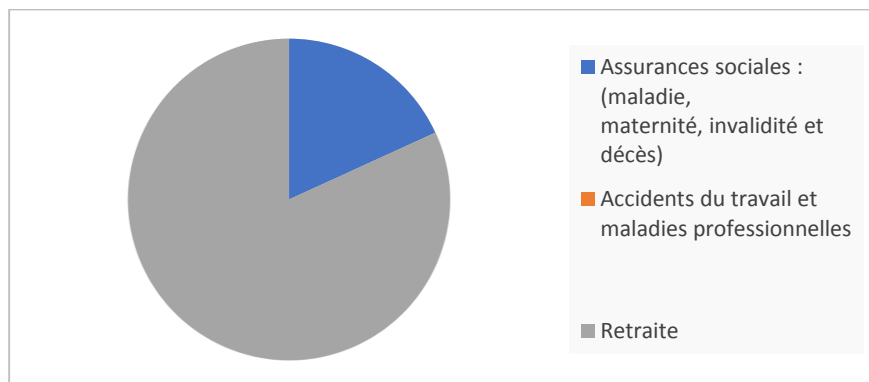


Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°6.

### 3.2.2.2- la cotisation parentale

Elle correspond à la contribution des employeurs au financement de la couverture sociale de leurs salariés, c'est un complément du salaire car elle est déterminée en fonction du salaire. L'assiette de cotisation qui est souvent identique pour la part patronale correspond à l'ensemble des rémunérations versées aux salariés.

**Figure n°6 :** Le taux de cotisation aux caisses du sécurité sociale par nature à la charge des travailleurs



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°6.

### 3.3- La contribution des ménages

En Algérie, le ticket modérateur a été institué en 1995, en application de l'article 165 de la loi de finance, qui prévoit une participation des usagers aux frais de soins ainsi qu'aux frais de restauration et d'hôtellerie dans les établissements publics de santé, déjà en 1984, la remise en cause de la gratuité des soins a été progressivement ressentie. En effet, à partir de cette date, un certain nombre d'actes et de soins médicaux, dans les structures publiques redeviennent payants en partie<sup>34</sup>.

La dépense nationale de santé supportée par la famille est en moyenne de 22% par an et est supérieure à ce qu'elle est par exemple, la contribution des ménages en France en 2000 et 2011, respectivement, était estimée à 20% et 22%, mais elle a diminué de 24,7% au cours de cette période. La contribution des ménages au financement des dépenses de santé a expliqué les excès de la valeur du tarif. Les services médicaux du secteur privé sont contrôlés par n'importe quel organe. En outre, certains demandeurs ne demandent pas de dédommagement à la caisse de sécurité sociale et ne cherchent pas de traitement sans avoir recours à un médecin. Le patient se rend directement à la pharmacie et achète ce qu'il estime nécessaire sans ordonnance.

### 3.4- autres sources alternative du financement de système de santé en Algérie

- **Mutuelle Santé, Assurance Complémentaire :** Les mutuelles ont intégré la réalité de la faible capacité de paiement des ménages. En Conséquence, la prime a été fixée au niveau qui

---

<sup>34</sup> Arrêté interministériel du 7 janvier fixé le montant pour 100 DA pour la journée d'hospitalisation et les consultations spécialisé et 50 DA pour la consultation de la médecine générale.

a été considéré comme compatible par rapport à la capacité contributive des ménages. Ce choix n'est pas sans conséquence. Pour préserver l'équilibre financier, seul le petit risque, le PMA et le risque maternité.

- **Les entreprises et les administrations** : elles participent au financement de la santé, et ce dans le cadre des actions établies suivant la législation et la réglementation relatives aux œuvres des actions de prévention des risques professionnels et de surveillance de l'état de santé des salariés.
- **Les sociétés d'assurances** : ces organismes assureurs peuvent contribuer principalement, à la prise en charge des frais médicaux induits par les dommages corporels des risques qu'elles assurent à l'occasion de la surveillance des accidents de circulation.
- **Les collectivités locales (APC, APW)** : elles concourent au financement des actions de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

### Conclusion

Le financement du système de santé, comme déjà signalé auparavant, a trois origines majeures, le financement par le budget de l'Etat et le financement à travers les caisses de sécurité sociale, on a aussi le financement par la contribution des ménages.

La plupart des systèmes du financement de la santé dans les pays sont caractérisés par la diversité des sources. C'est pour cette raison que la recherche de nouveaux gisements ou de sources alternatives du financement de la santé ou de nouvelles modalités de responsabilisation des différents acteurs, est une nécessité impérieuse pour que l'Etat algérien assure le succès de ses réformes.

L'analyse des sources du financement de la santé en pourcentage des dépenses totales de santé peut nous permettre d'apporter un éclairage sur la nature du financement de la santé, nous pouvons déceler si le financement est entièrement public, privé ou mixte.

**CHAPITRE II : LES  
DYSFONCTIONNEMENT DU  
FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ  
EN ALGÉRIE**

## **CHAPITRE II : LES DYSFONCTIONNEMENT DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTÉ EN ALGERIE**

### **Introduction**

Le système de santé, caractérisé par une grande diversité et complexité des structures, car elles sont très dépendantes sur le plan de financement des dépenses de la santé. L'Etat à un rôle primordial de décisions et de contrôle, elle doit veiller à sécuriser les ressources et les dépenses du secteur à travers l'ensembles d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé de la population et de répondre aux demandes des usagers tout en étant efficient au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins.

Le contrôle des dépenses doit ménager autours de certaines vérités : la première est que les contributions de l'Etat et des caisses d'assurance sociale aux dépenses de la santé sont en baisse de manières éminentes malgré l'accroissement des besoins des ménages ; la seconde est que la maison santé doit agir pour maitriser ses dépenses et trouver d'autres sources de financement.

Les dépenses de santé en Algérie croissent d'une manière significative, en raison de la combinaison de plusieurs facteurs, liées à la transition épidémiologique et démographique. La longévité donnant lieux aux maladies chroniques et celles dégénératives, dans les couts de traitements sont élevés de longue durée, l'évolutions de l'offres de soins et sa diversification et son degré de spécialisation accentués, incorporant des technologies innovantes exposées à l'obsolescence, sont des facteurs indéniables qui participent à la croissance dépenses de santé.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les facteurs principaux de l'accroissement des dépenses en Algérie et expliquer les principales contraintes du financement du système national de santé.

### **Section 1 : Notions élémentaires sur les dépenses du système de santé**

Les dépense de santé sont perçus chaque année par le compte de la santé, l'un des comptes essentiels de la comptabilité national, qui regroupe et enregistre l'ensemble des dépenses effectuer dans le domaine de la santé. Il permet également de déterminer l'origine des ressources financières accabler à ces dépenses, et la répartition entre assurance maladie, ménages, assurance complémentaire et l'Etat.

### 1.1- La définition des dépenses de santé

D'après le dictionnaire économique ; une dépense est définie comme l'argent employé à toutes choses, privées ou publique, qu'on se procure, qu'on fait faire<sup>35</sup>.

Dans le monde entier, les systèmes de santé accroissent leur capacité pour améliorer le bien-être des ménages desservies, mais ceci entraîne une augmentation considérable des dépenses. Pour cette raison, il est important d'avoir de meilleures informations sur le financement des systèmes de santé lors de la formulation des politiques sanitaires.

La dépense de santé s'exprime par l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système titre de la santé. Elle réunit l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé. Son champ est plus étendu que celui de la :

- **La Consommation Médicale Total (CMT) ;**
- **La Dépense Courante De Santé (DCS) ;**
- **La Dépense Total De Santé (DTS).**

#### 1.1.1- La Consommation Médicale total

Elle représente la valeur des biens et services médicaux acquis sur le territoire métropolitain pour la satisfaction des besoins individuels<sup>36</sup>. Elle regroupe :

- **La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) :** La consommation de soins et bien médicaux qui comprend aux soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecine, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, cures thermales), les transports sanitaires et les biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, petites matériels et pansements).
- **La consommation de services de médecine préventive :** La médecine préventive représente la santé scolaire, médecine du travail, protection maternelle et infantile...le montant

---

<sup>35</sup> ZIANI.Z, Assai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse Magister en Science Economiques, Université A-Mira de Bejaia, Mai 2012, P 05.

<sup>36</sup> MSPRH : Les comptes nationaux de la santé 2000-2001, MSPRH, Algérie, 2003.

de la consommation de médecine préventive est faible par rapport à celui de la consommation de soins et biens médicaux.

### **1.1.2- La dépense courante de santé (DCS= La Consommation Médicale Totale)**

Elle se regroupe aux tours des dépenses publiques et privées destiné à l'enseignement médical, paramédical, et à la recherche médicale et pharmaceutique. Elle regroupe :

- **Les services de médecine préventive** : la consommation de médecine préventive comprend les services suivantes : la médecine du travail, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI); elle comprend aussi d'autres services de médecine préventive dont certaines sont à la charge de l'Etat (lutte contre les épidémies, contre l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida ), et d'autres à la charge des collectivités locales ( les vaccinations, le planning familial, les actions de prévention contre la tuberculose, les maladies vénériennes et le cancer).

- **La prévention collective et le contrôle sanitaire** : Il s'agit d'action ayant une visée explicitement et principalement sanitaire : contrôle des eaux, contrôle sanitaire aux frontières, campagne permanente d'information et d'éducation sanitaire<sup>37</sup>.

### **1.1.3- La dépense de gestion générale de la santé**

La dépense de gestion générale de la santé est relative à l'administration générale en charge de la santé qu'assurent les administrations publiques ou privées. C'est aussi la dépense consacrée à la gestion des prestations de soins de santé par la sécurité sociale et les mutuelles. Cependant, les frais de fonctionnement des organismes de sécurité sociale ne sont pas actuellement pris en compte. L'évaluation des dépenses de gestion liées à la liquidation des prestations en nature des risques maladie, maternité et accident de travail, présente pour l'instant trop d'incertitudes. Ce poste comprend donc :

- Les dépenses de fonctionnement administratif du Ministère des affaires sociales pour la part consacrée à la santé ;
- Les dépenses de gestion des prestations de soins par les mutuelles ;
- Les dépenses de gestion des administrations privées.

---

<sup>37</sup> Rochaix.L : « La théorie de la demande induite la tarification de la demande de soins : l'arlésienne du marché », édition Economica, 1995, Paris, P.303.



## 1.2- Les instruments de régulation de dépenses de santé

Les outils de maîtrise des dépenses de santé se focalisent essentiellement sur la maîtrise des dépenses via le plafonnement du budget dédié à la santé et par le biais des modes de responsabilisation financière des assurés.

La maîtrise des dépenses de santé repose sur trois outils de régulation essentielle :

### 1.2.1- La maîtrise comptable des dépenses de santé

La maîtrise comptable est un contrôle, généralement, de type budgétaire qui se caractérise par une définition, centralisée et décidée préalablement de l'offre, de la demande et des prix des biens de santé ainsi que le développement de soins à allouer. La procédure de détermination des budgets revêt une forme administrative et comptable. Donc les outils de maîtrise des dépenses de santé sont :

- **La planification et la maîtrise de l'offre** : C'est un outil de régulation des dépenses de santé qui part d'un principe que l'offre des soins crée ou suscite sa propre demande, il s'appuie sur l'hypothèse de l'extension d'une demande induite par l'offre<sup>38</sup>. Selon cette théorie, l'offre de soins, la densité de médecin et l'augmentation du nombre de lits conduisent toutes à augmenter les dépenses de santé. Plus l'offre augmente plus la demande augmente.

- **La maîtrise de la demande** : Les outils de la maîtrise des dépenses de santé par la demande, consistent à agir sur la demande des soins en abaissant les conditions de prise en charge des soins de santé, des remboursements des médicaments, et en faisant de sorte à ce que les assurés aient à leur charge une part moralisatrice du risque payer, d'autant plus que selon la théorie de la demande, les soins médicaux relèvent de la catégorie des biens de luxe,

- **Les outils de budgétisation** : C'est un moyen de maîtrise des dépenses de santé qui s'appuie sur des instruments de régulation, utilisés l'échelle macro-économique, par l'Etat, en impliquant plusieurs ministères et même de parlementaires, en Algérie, la budgétisation prend la forme d'un « forfait hôpital », une dotation budgétaire forfaitisée dont l'Etat et la sécurité sociale participent à hauteur d'un certain pourcentage, en fonction de conjoncture économique, au financement du système de santé notamment des établissements.

---

<sup>38</sup> Rochaix.L : « La théorie de la demande induite la tarification de la demande de soins : l'arlésienne du marché », op cit, P.307.

▪ **Les prix administrés** : La fixation d'un tarif pour un médicament est indispensable du fait que la santé n'obéit pas aux règles de l'offre et de la demande. Selon son acception classique, les prix ne s'équilibrent pas d'eux même, il y'a plusieurs éléments qui influencent la demande induite et la solvabilisation de la demande<sup>39</sup>.

### 1.2.2- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Le concept repose sur un postulat : l'utilité médicale est une démarche rentable. Cette méthode se base sur des études qui cherchent à déterminer comment obtenir le meilleur résultat à partir des ressources rares. Dans ce cas, l'efficacité d'une action sanitaire, curative ou préventive, est mieux assurée, dans la mesure où elle prend en considération tous les aspects sociologiques et épidémiologiques de la population pour opter enfin de compte à l'option la plus économiquement avantageuse. La notion de juste soin ou des soins médicalement justifiés sont les seuls critères valables pour éviter les gaspillages et obtenir une maîtrise des dépenses. Parmi les outils de régulations des dépenses des dépenses de santé sont :

▪ **Les référentiels : les références médicales Opposables RMO** : Les références médicales opposables considérées comme un outil de régulation qui permet d'éviter les prescription répondantes inutiles, dangereuses et à effets secondaires iatrogéniques.

▪ **Les instruments de suivi médicalisé du patient** : Cet instrument de maîtrise des dépenses de santé revêt une importante capitale pour le patient, les financeurs de soins et les effecteurs de soins joue un rôle primordial dans le suivi de la santé de chaque assuré.

▪ **La carte sanitaire médicalisée** : s'inscrit dans la logique de la hiérarchisation des soins de la régulation et de la décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires, qui ne dépendent plus du directeur de l'hôpital de l'ancien secteur sanitaire<sup>40</sup>.

▪ **La médicalisation de l'information en milieu hospitalier** : est un outil de médicalisation de l'information en milieu hospitalier et de la maîtrise des dépenses hospitalière.

---

<sup>39</sup> Lamri.L. : « la nomenclaturene comparent pas de nombreux nouveaux actes et examens tels que scanners, biopsies, certains examens biologique et L'IRM » in « monographie de l'assurance maladie en Algérie, Tunis » 14 -16 novembre. 1987.

<sup>40</sup> Ces structures seront, désormais, gérées par un conseil d'administration et une direction distincte de celle de l'établissement hospitalier de proximité.

### **1.2.3- la maitrise par le marché des dépenses de santé**

La maitrise par le marché des dépenses de santé constitue une alternative à la régulation comptable et médicalisée. Les limites de la politique budgétaire conduit à développer et à favoriser l'autorégulation économique, pour pallier les limites de la régulation traditionnelle qui s'est avérée incapable de maitriser durablement l'évolution des dépenses de santé. Pour ce faire deux types de concurrence :

- **Au niveau des offreurs de soins :** La mise en compétition des offreurs de soins s'appuie sur l'idée selon laquelle le jeu de l'offre et de la demande permet la réduction des couts unitaires des biens et service médicaux.

- **Au niveau des assureurs santé :** La mise en concurrence des assureurs obéit particulièrement aux étés introduits à deux niveaux : lois du marché. La compétition s'exerce au niveau des prestations offertes, des maladies couvertes et des garanties optionnelles et /ou additionnelles proposées et surtout des primes à payer, ainsi que des taux de prise en charge.

## Section 2 : L'Évolution des dépenses de santé en Algérie

La dynamique et le développement qu'a connu le système de santé Algérien est actuellement confrontée à un accroissement tendanciel des dépenses du services sanitaire, plus vite que celle de leur richesse nationale. Elle doit faire face dans le futur proche aux conséquences du vieillissement de la population, qui est tenu de la forte concentration des dépenses individuelles de santé aux plus âgées, risque d'accroître les tensions sur le système de soins.

### 2.1- Les dépenses de santé par indicateurs

Sur le plan international, le système de santé Algérien se situe à un niveau légèrement inférieur à celui des pays à revenu intermédiaire, les dépenses nationales de santé ont connu une progression non régulière, d'un côté, ces dépenses connaissent une augmentation soutenue d'une année à une autre<sup>41</sup>.

#### 2.1.1- Dépenses en santé (total) (% du PIB)

Il s'agit des dépenses en santé dans les secteurs privé et public, en relation avec le produit intérieur brut. La somme comprend les services de santé préventifs et curatifs tels que les activités de planification familiale et de nutrition, ainsi que l'aide d'urgence relative à la santé. Les dépenses totales en santé public sont évaluées ici en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays ». Le tableau suivant représente les dépenses en santé (total) (% du PIB) pour 20 années de la période 1995-2014.

Tableau n°06 : Dépenses en santé (total) (% du PIB) en Algérie

Date	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses en santé total (% du PIB)	3.70	3.35	3.59	3.59	3.43	3.43	3.84	3.73	3.60	3.54	3.24	3.36	3.82	4.20	5.18	4.82	5.14	6.01	6.64	7.23	7.86

Source : Banque Mondiale

<sup>41</sup> B M : Revue des dépenses publique : document de la banque mondiale volume I. L'Algérie à la recherche d'investissement de qualité, B M, 2015.

On remarque une croissance de 79 % en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995- 2013, on enregistre une moyenne annuelle de 4,12. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (6,64) et c'est en 2005 qu'on enregistre le plus bas niveau (3,24). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 79 %.

### **2.1.2- Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB)**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les dépenses en santé dans le secteur privé incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques (EX. régimes d'assurances privées), les dépenses de santé des entreprises, les institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que les dépenses directes des ménages. Ces dépenses sont présentées ici comme un pourcentage du Produit intérieur brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays ». Le tableau n°8 représente les dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB) pour 20 années de la période 1995-2014.

**Tableau n° 07 : Dépenses en santé (secteur privé) en Algérie**

Date	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses en santé (secteur privé) (% de PIB)	1,03	0,85	1,04	1,07	1,05	0,93	0,87	0,88	0,80	0,98	0,95	1,02	1,12	1,14	1,52	1,52	1,52	1,59	1,71	1,75	1,81

Source : Banque Mondial.

On remarque une Croissance de 67% en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 1,14. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (1,71) et c'est en 2003 qu'on enregistre le plus bas niveau (0,8). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 67%.

### **2.1.3- Dépenses en santé (secteur public) (% du PIB)**

Le total inclus les « dépenses consolidées directes et indirectes, y compris les dépenses en capital des différents échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organisme autonomes et autres fonds extrabudgétaires ». Il comprend aussi les « dotations destinées à améliorer l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population ». D'autres dépenses, comme les subventions versées aux producteurs ou aux ménages, entrent également dans le calcul. Les dépenses en santé public sont évaluées

**CHAPITRE II : LES DYSFONCTIONNEMENT DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE**

ici en pourcentage du Produit intérieur brut (PIB), soit l'ensemble des « valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays ». Le tableau n° 08 représente les dépenses en santé (secteur public) (% du PIB) pour 20 années de la période 1995-2014.

**Tableau n° 08 : dépenses en santé (secteur public) en Algérie**

Date	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses en Santé (secteur public) (% du PIB)	2.67	2.50	2.55	2.53	2.38	2.56	2.97	2.85	2.80	2.57	2.28	2.33	2.71	3.06	3.65	3.30	3.62	4.41	4.92	5.48	5.04

Source : Banque Mondial.

On remarque une Croissance de 84 % en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 2,98. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (4,92) et c'est en 2005 qu'on enregistre le plus bas niveau (2,28). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 84%.

**2.1.4- Dépenses en santé par habitant (\$ US courant)**

Il s'agit des dépenses totales en santé, dans les secteurs public et privé, en relation avec la population totale. La somme comprend les services de santé préventive et curative, par exemple les activités de planification familiale et de nutrition, ainsi que l'aide d'urgence relative à la santé. Les dépenses totales en santé d'un pays sont calculées ici en relation avec sa population globale. Le tableau suivant représente les dépenses en santé par habitant (\$ US courant) pour 20 années de la période 1995-2014. Le tableau n°9 représente les dépenses en santé par habitant (\$ US courant) pour 20 années de la période 1995-2014.

**Tableau n°9** : dépenses en santé par habitant en Algérie

Date	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses en santé par habitant (\$US courant)	53.12	52.68	57.07	56.19	53.40	60.27	65.35	65.00	74.05	90.38	98.31	113.78	146.97	201.13	195.21	209.83	270.77	318.98	313.52	368.09	404.02

Source : Banque Mondial.

On remarque une Croissance de 490 % en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 131,37. C'est en 2012 qu'on enregistre le plus haut niveau (318,98) et c'est en 1996 qu'on enregistre le plus bas niveau (52,68). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 490 %.

## 2.2- Les dépenses de santé par les sources de financement

A partir des données du tableau n°11, nous avons construit les figure n°6, 7 et 8 qui explique les différentes variables des dépenses de santé par les sources du financement en Algérie.

**Tableau n°10** : répartition des dépenses totale de santé en (%) selon les sources du financement en Algérie.

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Etat	37.8	44.1	39.6	42.5	39.3	43.2	54.4		55.1	48.2	49.9	50.4
Sécurité sociale	35.5	33.3	35.7	34.9	33.2	31.6	26.7		31.0	31.1	30.0	31.6
Ménages	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2	18.9		13.9	20.7	20.1	18.0

Source : Diverses sources ONS Banque Mondiale et OMS.

A partir du tableau nous remarquerons que les dépenses de l'Etat n'ont pas cessé de croître, soit un taux de 37,5% en 2007 et en 2018 à 50,4%. Les taux de consommation budgétaire par secteur, sont en 2015 : 99% secteurs sanitaires, 96% EHS, et 89% CHU<sup>42</sup>.

Les dépenses de la sécurité sociale telles qu'elles sont présentées dans le tableau montrent bien que l'implication financière grandissante des organismes en charge de la protection sociale dans le financement du système de santé Algérien et dans la prise en charge des dépenses de santé. Ces chiffres ne reflètent pas les dépenses réelles des ménages, puisque ces données sont évaluées sur la base de tarifs officiels des actes médicaux et paramédicaux, datant de 1987. Ces mêmes tarifs servent de base pour le remboursement des assurés sociaux, les tarifs des consultations chez le médecin généraliste, le médecin spécialiste, et le chirurgien-dentiste sont fixés respectivement à 50 DA, 100 DA et 40 DA. Surtout que les malades sont contraints de recourir le plus souvent aux services des praticiens privés, du fait de la mauvaise qualité des soins offerts par les structures publiques. Cette situation à développer une médecine à deux vitesses.

### **Section 3 : Dysfonctionnements de financement du système de santé en Algérie**

Le problème du financement de la santé se pose avec une grande acuité, il est réputé comme la principale source des dysfonctionnements de notre système de santé. Il est devenu une préoccupation majeure tant pour les pouvoirs publics que pour les ménages.

La question du financement révèle la difficulté relativement récente du système de santé, elle est significative des changements apparus dans les relations d'une part entre le système de santé et la population qui rend légitime son existence, et d'autre part entre le système de santé et le système économique.

#### **3.1- Les dysfonctionnement du financement du système de santé en Algérie**

La santé en Algérie souffre de multiples dysfonctionnements du financement qui se manifestent sur des différents plans qui rend la tâche des réformes difficile est très complexe.

##### **3.1.1- Manque de maîtrise des coûts et des dépenses**

La maîtrise des dépenses doit s'organiser autour de certaines réalités : la première est que les contributions de l'Etat et des caisses d'assurance sociale aux dépenses de santé ont chuté de

---

<sup>42</sup> CNAS : Présentation du système actuel de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation, séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, 2015.



façon importante malgré l'augmentation des besoins de la population ; la deuxième, est que la maison santé doit agir pour maîtriser ses dépenses et trouver d'autres sources de financement.

Le rythme de la croissance des dépenses de santé en Algérie est particulièrement très dynamique. Un problème de soutenabilité du poids de ces dépenses peut se poser du fait de la progression spontanée de leur prise en charge par la caisse de la sécurité sociale.

L'absence de maîtrise des coûts et des dépenses en Algérie, et cela s'explique par de multiples raisons à savoir le vieillissement de la population, problème de gaspillage ou bien de mauvaise utilisation des ressources etc. Aussi il y a d'autre cause qui influence sur le financement, les chocs pétroliers, le ralentissement de la croissance, la difficulté d'équilibrer les dépenses publiques ayant conduit les gouvernements à l'inscrire au premier rang de leurs priorités<sup>43</sup>

### **3.1.2 Iniquité dans la distribution des soins**

Une insuffisance des déterminants liés à l'offre de soins est observée. Des insuffisances dans l'accès, la disponibilité, l'utilisation, la couverture et la qualité des soins. Les cause de Iniquité dans la distribution des soins soulignent ; une faible couverture en structures de soins, une inadéquation des plateaux techniques dans les structures de santé, une faible qualité dans la prestation de soins, une insuffisance dans l'organisation des services, une insuffisance dans la gestion des médicaments essentiels génériques, vaccins ,une insuffisance des moyens de communication, une implication anarchique des structures de soins suite aux décisions politiques, une insuffisance des infrastructures, équipements médico-techniques ainsi que leur maintenance à tous les niveaux, le non-respect des normes et procédures des prestations par les structures privées et confessionnelles de soins.

### **3.1.3- Allocation et répartition de ressources financières inadaptées et insuffisantes**

- Une faible Contribution à la rationalisation du processus budgétaire et au niveau de son exécution financière ;
  
- Manque des capacités au niveau intermédiaire qui a assure la gestion de ses ressources financières ;

---

<sup>43</sup> Sandier S, Pans V, Polton D. Systèmes de santé en transition. France. Copenhague, 130reau régional de l'OMS pour l'Europe de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.

- La mauvaise gestion du programme et le financement des services soutenus par le programme.

### **3.1.4- Manque de rationalité dans l'utilisation des ressources dans le secteur pharmaceutique**

Le marché algérien des produits pharmaceutiques est composé essentiellement des produits provenant de l'étranger, les importations représentent le principal moyen de couverture de la consommation des médicaments.

Le médicament constitue une large proportion des dépenses de santé voire l'un des postes les plus importants pour arriver à une maîtrise des dépenses de santé. Au niveau de la sécurité sociale, il vient en 1<sup>ère</sup> position. Au niveau des établissements publics hospitalier, c'est le poste le plus budgétivore après les dépenses du personnel est, également, 2<sup>ème</sup> bien le plus consommé après les céréales.

Le faible niveau de dépenses actuelles, l'arrivée de nouveaux médicaments plus chers, le caractère généreux du système de prise en charge, la transition épidémiologique sont des facteurs d'augmentation inéluctable des dépenses. Cependant, cette progression pourra être justifié à partir de :

- Les importations et l'origine des produits pharmaceutiques qui entrent dans le pays sont insuffisamment connues ;
- L'absence d'un laboratoire de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques ;
- Le système d'approvisionnement du secteur public est confronté à des grandes difficultés des approvisionnements irréguliers et des ruptures de stock fréquentes ; d'importants délais de paiement de ses principaux clients et en particulier l'Etat ; des créances fournisseurs très importantes, qui risquent d'entamer sa crédibilité ;
- Une faible maîtrise de la gestion des stocks et de la financière L'absence de mécanisme de contrôle des prix dans le secteur pharmaceutique privé lucratif ;
- L'utilisation peu rationnelle des médicaments par les professionnels et les consommateurs ;
- L'insuffisance de programmes de formation continue sur la thérapeutique et les médicaments qui font que ceux sont mal utilisés.

### 3.2- Les causes de dysfonctionnements du financement du système de la santé en Algérie

Le dysfonctionnement du système de santé en Algérie est dû à de multiples causes :

#### 3.2.1- La croissance démographique

Des progrès majeurs ont été réalisés au lendemain de l'indépendance pour améliorer le bien-être de la population algérienne, la diminution des grands fléaux, l'intensification de l'agriculture, les grandes avancées médicales et la généralisation de la santé publique et de l'instruction ont eu des répercussions considérables sur la démographie algérienne, en permettant un accroissement de l'espérance de vie et une chute de la mortalité.

**Tableau n°11 : La croissance démographique en Algérie**

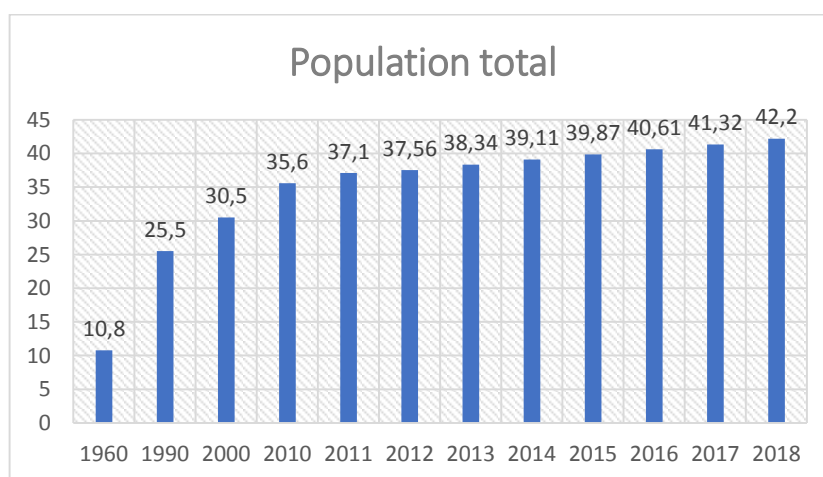
Année	1960	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Population total	10,8	25,5	30,5	35,6	37,1	37,56	38,34	39,11	39,87	40,61	41,32	42,2

Source : Réalisé par nos soins même à partir

1 : MSP : statistique sur l'évolution démographique de la population Algériennes

2 : Banque Mondiale.

**Figure n°7 : La croissance démographique en Algérie**



Source : réalisé par nos soins même à partir du tableau n°12.

Sur le plan démographique, La population algérienne a été estimée, à fin 2004, à environ 32,4 millions d'habitants (29 276 767 habitants au recensement général de la population et de

l'habitat de 1998)<sup>44</sup> 51,1 et 35,6 millions d'habitants en 2010 et en 1er janvier 2012, l'Algérie comptait 37,1 millions d'habitants. Un chiffre en nette progression, depuis le dernier recensement. Vue sous le paramètre du taux d'accroissement naturel (TAN), la croissance démographique connaît une évolution favorable puisqu'une nette tendance à la baisse s'est affirmée ces vingt dernières<sup>45</sup>. Cette baisse, au niveau national, de plus de 50% en l'espace de 10 ans, est liée à la fois à :

- La réduction de la fécondité et à l'amélioration générale de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement que reflète l'augmentation le taux d'accouchement en milieu assisté (estimée à 1,74 % en 2012 contre 4,4 en 1992).

- Le recul de l'âge au mariage, l'usage croissant de la contraception, la volonté des couples et les effets de l'éducation, notamment féminine et de l'amélioration du niveau de vie sont les facteurs les plus déterminants de la baisse de la fécondité et de la natalité.

- Allongement conséquent de l'espérance de vie à la naissance, de 47ans en 1962 à 76,3 ans en 2010 à 76,5 ans en 2012<sup>46</sup>.

### **3.2.2- L'impact du vieillissement sur le financement de la santé en Algérie**

Les dépenses de santé d'un individu augmentent avec son âge. Les chiffres de consommation en soins de santé montrent qu'ils sont en grande partie consacrés aux personnes âgées. Les personnes de plus de 60 ans représentent 23 % de la population<sup>47</sup>. L'effet âge et l'effet génération sont les deux facteurs d'augmentation des coûts, plus l'individu vieillit, plus

---

<sup>44</sup> MSP : Coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement rapport du haut conseil de la coopération internationale en Algérie, MSP, Algérie, 2006.

<sup>45</sup> CNRES : Etude Nationale Statistique de la Population, Résultats de l'enquête démographique. IV- Mortalité. Algérie. Commissariat National aux Recensements et Enquêtes Statistiques, CNRES, Algérie, 2010.

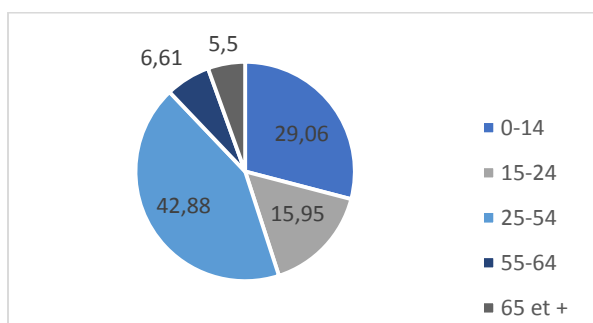
<sup>46</sup> MSP : Les statistiques sur les personnes âgées dans un hospice pour hommes de l'Algérois montrent que l'écrasante majorité des pensionnaires sont célibataires : 60%, les divorcés représentant 20%. Quand on sait que le célibat masculin aux âges avancés est actuellement assez rare, on imagine le degré d'exclusion de ceux-ci .MSP, Alger, 2011.

<sup>47</sup> CNP : (Comité National de Population) 1999, 2000, Rapport 1998, CNP, Algérie 2000.

sa consommation de soins s'accroît (30 % des dépenses concernent les personnes de plus de 70 ans) mais surtout d'une génération à l'autre, cette même tendance se renforce.

**Figure n°8 : Le taux de la population Algérienne par tranche d'âge**

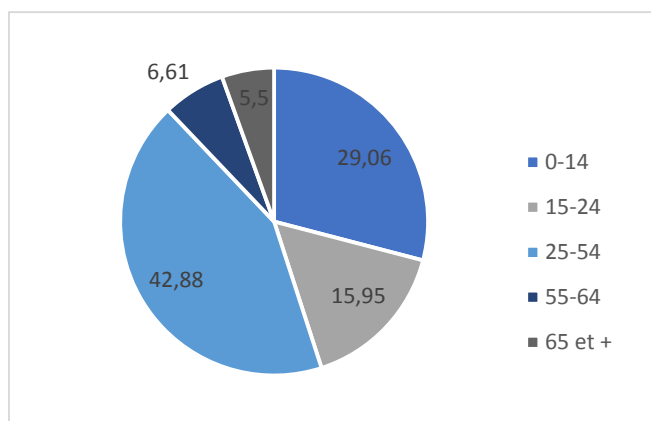
1. 0 à 14ans : 29,06%
2. 15 à 24ans : 15,95%
3. 25 à 54ans : 42,88%
4. 55 à 64ans : 6,61%
5. 65ans et + : 5,5%



Source : chiffres INAMI, rapport annuel 2016.

**Figure n°9 : Les couts (dépenses totales) de la population Algériennes par âge**

1. 0 à 14ans : 29,06%
2. 15 à 24ans : 15,95%
3. 25 à 54ans : 42,88%
4. 55 à 64ans : 6,61%
5. 65ans et + : 5,5%



Source : chiffres INAMI, rapport annuel 2016.

Dans ces conditions, en Algérie le relatif vieillissement de la population pourrait en fait ne correspondre qu'à un vieillissement par la base, suite au déclin de la fécondité de manière brutale. Il est aussi l'expression d'un développement social passé. Quant à l'allongement de la vie qui est la condition du vieillissement par le sommet, on ne peut pas affirmer qu'il va avoir lieu au moment où les conditions sociales d'existence en Algérie tendent à se détériorer.

### 3.2.3- La transition épidémiologique

La charge de morbidité est marquée de nos jours par une prévalence croissante des maladies non transmissibles, les enjeux et les défis que le financement de système de santé à relever sont

nombreux. Ils concernent tout d'abord l'ajustement de l'offre de services aux besoins locaux. Ceci nécessite de prendre en compte la fréquence des maladies, leur vitesse de propagation, le coût du traitement, de la prévention, de la formation des personnels et de l'ensemble des structures disponibles. Mais il faut aussi tenir compte de la perte de confiance assez généralisée des populations à l'égard des structures de soins publiques dont le rétablissement est indispensable pour accroître la fréquentation des établissements de santé<sup>48</sup>.

L'occurrence d'une maladie ou d'une invalidité influence les dépenses de santé de l'individu via ce que nous appelons les « pratiques de soins », ce terme englobe les comportements du patient, lequel décide de consulter ou non, et les décisions du médecin concernant les examens et les traitements à mettre en œuvre, ce mouvement contribue à diminuer la croissance des dépenses de santé impulsée par les changements des pratiques<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup> MSP : Statistiques sanitaires, Direction de la planification, Ministère de la Santé et de la Population, MSP, Algérie, 1999.

<sup>49</sup> B M : La région MENA, à la recherche d'un investissement public de qualité, une revue des dépenses publiques, document de la banque mondiale aout 2017, B M, rapport n°36270.

Tableau n°12 : Les indicateurs Épidémiologiques

Indicateurs (incidence pour 100.000)	1963	2000	2015
Tétanos	1.19	0.09	0.04
Diptérie	4.46	0.07	0.02
Coqueluche	11.04	0.15	0.10
Poliomyélite	2.77	0.03	0.00
Tuberculose	300	58	65
Fièvre typhoïde	9.91	9.8	4.22
Hépatite virale B	-	3.02	3.25
Hépatite virale C	-	0.72	1.14
Méningite	2.01	7.16	5.04
Paludisme	2.73	3.38	1.58
SIDA	-	0.13	0.20

Source : système de santé en Algérie, Juin,2016.

A partir du tableau n°12 nous constatons que les maladies les plus fréquente en 2015 et celle de la tuberculose et le SIDA, de grands progrès ont été enregistré dans la lutte contre ces maladies et d'autre dans les années 2000 car il revient à plusieurs causes. L'Algérie assiste à de multiple changement de la nature des problèmes de santé avec une multiplication des maladies non curable, transmissibles et des pandémies mondiales.

### 3.2.4- La pauvreté, la précarisation et la sous-alimentation

L'Algérie s'est donnée essentiellement une priorité d'assurer un meilleur bien être à l'ensemble de la population en faisant en sorte de partager équitablement les biens faits de la croissance. L'indice de développement humain à vite progressé durant les dernières années et la famine ou l'extrême pauvreté est quasiment éliminé.

Quelques indicateurs médicaux sont toujours préoccupants. Malgré les progrès réalisés, les taux des pathologies et la malnutrition reste élevé en Algérie. En outre, les données agrégées reflètent pas suffisamment les différences entre les milieux et les régions, qui traduisent des disparités en matière d'accessibilité et de qualité des services médicaux. Les principales poches de pauvreté se situent dans les zones rurales et les périphéries des grandes villes.

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociales, l'amélioration des conditions de vie des populations, l'accès aux services sociaux en matière de santé et de protection sociale, d'éducation et de formation, elle a besoin de beaucoup des fores par l'Etat, aussi très couteuses, qui implique l'augmentation des dépenses.

### **3.2.5- l'instabilité politique, la mauvaise gouvernance, l'insécurité, les conflits**

Le rôle de L'Etats en l'Algérie, très peu jouissent d'un régime politique stable. On ne compte plus les coups d'Etats. Certains s'opèrent sans effusion de sang, d'autres débouchent sur des conflits sanglants. Cette fragilité et cette instabilité politique ajoutée à la mauvaise gouvernance ont des conséquences multiples sur la santé des populations. Elles font de l'aide humanitaire d'urgence une réponse de plus en plus fréquente aux besoins des populations, et privent durablement les structures de santé de leurs budgets et moyens de fonctionnement décents.

### **3.2.6- La mauvaise gestion au sien des établissements sanitaires**

Cet état des lieux, qui n'est qu'une analyse personnelle, permet le décompte d'un nombre important de causes de dysfonctionnements :

- Absence de communication, les établissements hospitaliers n'ont aucune relation organisée et les praticiens ne se connaissent pas ;
- Cloisonnement des établissements hospitaliers, le CHU s'isole des hôpitaux de sa périphérie et vice versa ;
- Délégation des tâches et des responsabilités, à titre d'exemple, la garde de médecine d'urgence est assurée, dans beaucoup d'établissements, par un personnel médical conventionné et sans expérience ;
  - Inégalités dans la répartition des compétences ;
  - Inégalités dans la répartition des ressources ;
  - Inadéquation entre la demande et l'offre en soins<sup>50</sup>.

### **3.2.7- Les progrès médicaux**

Le progrès médical permettant de mieux soigner un nombre croissant de pathologies propres aux personnes âgées, la demande de soins est plus importante pour des traitements qui sont à la fois efficaces et coûteux. Cependant, il existe un cycle où les progrès techniques, d'abord coûteux, bénéficient dans un premier temps à quelques-uns, puis se généralisent sous la poussée

---

<sup>50</sup>Abdelhamid A. La réforme de système de santé et des hôpitaux, la culture et analyse de l'expérience Algérienne, volume XIII n°3, mai/juin 2004, unité de Recherche Médicale de Constantine.



des demandeurs plus nombreux, soucieux d'en bénéficier, ce qui alors une baisse des coûts. Il en est de même des maladies liées au vieillissement

En conclusion, les innovations techniques peuvent avoir des effets ambigus, certaines conduisant à une économie, d'autres à une dépense supplémentaire. Au final, les estimations économétriques suggèrent que le progrès technique influence globalement à la hausse les dépenses de santé. Cette hausse s'accompagne toutefois d'une augmentation du bien-être de la population.

### **Conclusion**

L'évolution des dépenses de santé au niveau des établissements hospitaliers et des organismes en charge de la sécurité sociale et d'évaluer sommairement les principaux facteurs de croissance de ces dépenses.

Aujourd'hui, la charge devient trop pesante, surtout pour les moins nantis et les plus démunis. L'Etat doit impérativement chercher d'autres ressources de financement pour améliorer l'accessibilité financière aux assurés sociaux, en général, et à cette catégorie d'utilisateurs, en particulier, en leur assurant une qualité de prise en charge appropriée à un coût supportable pour la collectivité.

**CHAPITRE III : LES RÉFORMES DE  
FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ  
EN ALGÉRIE**

### Introduction

L'origine du dysfonctionnement de financement est l'augmentation des dépenses de santé qui sont dû à des diverses raisons. De nos jours la plupart des pays développés sont confrontés au problème du déficit des caisses de l'assurance maladie. La mise à la disposition de la population du financement du système de santé efficace et performants est l'un des principales préoccupations du gouvernement et constitue ainsi un défi majeur pour la politique du financement Algérien, mais de multiples innovations ont été menées pour faciliter l'accès aux soins.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les différentes réformes du système de financement de la santé en Algérie, afin de présenter les recommandations et les perspectives d'avenir.

### SECTION 1 : La réforme du système de santé en Algérie

Les réformes sont multiples et diversement appréciées, leurs contenu et modalités de mise en œuvre et résultat font l'objet d'évaluations contradictoires, avant de distinguer ces différentes réformes nous commencerons par présenter quelques aspects clés du débat sur les dysfonctionnements du système de santé en Algérie.

#### 1.1- Les dysfonctionnements du système de santé Algérien

Les contraintes du système de santé en Algérie sont

##### 1.1.1- Les dysfonctionnements au plan de l'organisation et les moyens matériels et humain qui se présentent par

- Multiplicité des organes d'intervention à différents niveaux et la concentration des tâches (prestation, financement, contrôle et régulation ...ect) de la tutelle trop lourde et inefficace ;
- Inadaptation des statuts des établissements ;
- Démotivation des personnels du fait de statuts inadaptes et des mauvaises conditions d'exercice et de rémunération ;
- Inégalité de la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions ;
- Equipement insuffisant ou le plus souvent vieux et obsolète et l'absence d'une politique de maintenance ;

- Absence de révision de la nomenclature des actes et de la tarification ;
- Insuffisance d'évaluation des activités médicales.

#### **1.1.2- Les dysfonctionnements sur le plan du financement**

- Allocation et répartition de ressources financières inadaptées et insuffisantes ;
- Budget des hôpitaux répartis équitablement et d'une manière non négociable ;
- Absence de maîtrise des couts et des dépenses ;
- Déséquilibre des budgets du secteur sanitaire au profit de l'hôpital au détriment des structures extra hôpital, ces pratiques désarticules le système et remettent en cause la hiérarchie des soins<sup>51</sup>.

#### **1.1.3- Dysfonctionnement sur le plan de l'information**

- Les bureaux des entrées pas encore totalement opérationnels ;
- Un personnel peu formé à la codification et classification des actes médicaux ;
- L'absence d'un système d'information opérationnel ce qui rend la prise de décision se fait d'une manière ambiguë.

#### **1.1.4- dysfonctionnement sur le plan de la formation**

- La demande en formation continue de tous les personnels n'est pas totalement satisfaite par les écoles de formation ;
- La formation des gestionnaires aux niveaux des établissements de l'enseignement supérieur ne répond pas au profil de la gestion hospitalière ;
- La formation académique n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées par la pratique de la profession ou par les exigences de polyvalence du terrain.

---

<sup>51</sup> FOUDI. B : « La contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain : Etat des lieux, mémoire : option Economie de la santé et développement durable, université de Bejaïa, 2011.

### 1.1.5- Dysfonctionnement du secteur privé

Le secteur privé souffre lui-même de plusieurs problèmes, au lieu d'être un secteur qui complète le secteur public, il est toujours un secteur qui fonctionne sans aucune coopération et harmonie avec le secteur public. Il se caractérise par :

- L'absence des normes applicables au secteur privé en termes d'organisation des activités médicales ;
- Absence des cahiers de charges qui régissent le fonctionnement des établissements privés ;
- Absence d'une participation effective aux activités de prévention ;
- Anarchie dans les honoraires et les couts des achats ;
- Absence de coopération institutionnalisée entre le secteur public et privé<sup>52</sup>.

### 1.2- Les causes des réformes du système de santé en Algérie

Les réformes semblent souvent imposées par une impasse socio-économique et politique plutôt qu'un choix délibéré dans un esprit d'innovation. C'est le cas des systèmes de soins de tous les pays, propose des quelle depuis déjà deux décennies, la question qui concilier une réduction des couts et un maintien de la qualité et de l'accessibilité aux soins médicaux c'est le point de préoccupation de tous les pays<sup>53</sup>, parmi les causes qui a poussé l'Algérie a reforé sont :

- Manque d'équité dans les soins : l'accès aux soins de santé reste problématique pour bien des populations qui, dans certains cas, sont toujours obligées de recourir à des services hospitaliers beaucoup plus couteux ;
- Insuffisance des capacités de gestion, de planification et d'élaboration des politiques, notamment dans les systèmes décentralisés ;

---

<sup>52</sup>FOUDI. B : « La contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain : Etat des lieux. Op Cit. P.121.

<sup>53</sup>OMS : Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant, OMS, Genève, 2000.

- Affaiblissement des services de santé publique et répercussions croissantes de la décentralisation ;
- Gestion fragmentaire des installations et des équipements ainsi que de leur entretien ;
- La mauvaise maîtrise des dépenses de santé ;
- L'augmentation de la pauvreté dans le pays, qui remmène beaucoup des problèmes dans le domaine de la santé et d'autre ;
- La transition des maladie transmissibles et non transmissibles, qui pousse à la nouvelle technologie qui il très couteuse ;
- Développement de l'offre de service de santé publique et parapublique.

### **1.3- les grandes réformes de financement du système de santé en Algérie**

Toute grande réforme suppose, en principe, une analyse préalable des problèmes, Contraintes et options possible. Cela n'est pas toujours le cas. La plupart des pays cités plus haut ont fait quelques efforts d'analyse et planification mais seuls certains l'ont réalisé avant de lancer le processus de réforme, d'autres ont ressenti ce besoin après l'effet des premières mesures.

#### **1.3.1- Carte sanitaire**

La carte sanitaire est un instrument de planification qui définit les besoins et fixe les normes, elle peut réviser à tout moment, elle est révisée obligatoirement lors de l'élaboration de chaque plan, elle détermine la nature et s'il y a bien, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

La carte sanitaire est arrêtée sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographique et épidémiologique, et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitatives et qualitatives, de l'offre de soins existante.

Cette carte sanitaire découpait, avant, le territoire national en treize région sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayas<sup>54</sup> et hiérarchisé le système de santé de soins en quatre

---

<sup>54</sup>Saihi A : Le système de santé publique en Algérie : analyse et perspectives. Gestion Hospitalière. Alger. Avril 2006.

niveaux : A (soins hautement spécialisées, B (soins spécialisés), C (soins généraux), D (soins de première recours). A partir de 1996 on l'en retient que cinq région sanitaires (centre « Alger », Est « Constantine », ouest « Oran », sud-est « Bechar », sud-ouest « Ouargla ») <sup>55</sup>.

En Algérie, la nouvelle carte sanitaire depuis 2007, s'inscrit dans la logique de la hiérarchisation des soins, de la régionalisation et de la décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires (1495 polycliniques et 51 17 salles de soins)<sup>56</sup> qui ne dépendent plus du directeur de l'hôpital de l'ancien secteur sanitaire. C'est une réorganisation qui s'apparente à l'organisation française de SROS<sup>57</sup>.

En effet, jusqu'en mai 2007, l'Algérie disposait de 185 secteurs sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires), 13 CHU (centre hospitalo-universitaires) et 31 EHS (établissements hospitaliers spécialisés), la volonté de mettre fin à cette organisation s'est concrétisée par le décret exécutif, le secteur de la santé en Algérie sera doté alors, de 192 établissements publics hospitalière et 271 établissements public de santé de proximité.

La carte sanitaire n'intègre pas le secteur privé (médecine libérale et cliniques privées) à ; ce dernier échappe par conséquent à la nécessaire planification sanitaire. Au jour d'aujourd'hui, on ne peut plus parler de planification sanitaire « pertinente » sans la prise en compte du secteur privé, concentre à lui seul plus de 60% des médecins spécialistes. Cette situation est à l'origine d'une mauvaise répartition spatiale des professionnels de la santé, surtout après l'abandon procédures de contrôle central des flux d'installation des médecins.

Il faut dire que cette forme d'organisation, adoptée par certains pays, a prouvé son efficacité dans la création autour des besoins sanitaires des régions, de réseaux de soins hospitaliers reliés et solidaires. Les réseaux de soins régionaux permettent ainsi grâce, à une complémentarité entre hôpitaux et structures de santé publics, d'assurer une continuité des soins et de garantir un contrôle efficace de la qualité. La régionalisation, renforcée par l'attribution d'un pouvoir décisionnel, peut être un moyen de régulation des soins et des dépenses.

---

<sup>55</sup>MSP : La carte nationale sanitaire, MSP, Alger, 1981.

<sup>56</sup> Ces entités sanitaires couvriront 25 000 habitants, en milieu urbain, et de 3000 à 4000 habitants, en milieu rural.

<sup>57</sup>MSP : Ministère de la santé, République Algérienne Démocratique et populaire : les fondements de la carte sanitaire, MSP, Nationale. Doc. Interne, Dactyl.1-64, Novembre 2007. Consulté le 09/06/2019.

### 1.3.2- La réforme hospitalière

Aujourd'hui, l'hôpital représente un véritable enjeu économique et social non seulement du fait de son rôle dans la lutte contre les maladies et pour l'accès aux soins mais aussi du fait de la part qu'il représente dans les dépenses de santé. Les hôpitaux, notamment publics, sont devenus des structures lourdes, souvent construites par strate successive et sans rationalité d'ensemble. Ils révèlent, sous diverses formes, les nombreux maux de la société et sont de moins en moins à même de les soulager et encore moins de les guérir ou les éradiquer.

De nombreuses interrogations et questions concernent aujourd'hui leur statut, leur rôle et leur gestion. Partout dans le monde, les hôpitaux connaissent des réformes qui sont d'ampleur inégale et concernent de nombreux aspects de la vie des hôpitaux y compris leurs liens avec le système de santé et la société qui les portent.

La réforme hospitalière a débuté avec la création du premier établissement hospitalier puisque ce qui satisfait à l'instant ne le sera sûrement pas à l'instant suivant. Mais elle n'est pas toujours annoncée, elle est conduite progressivement par sédimentation d'une succession d'actions de réorganisation de la gestion de l'hôpital, de ses finances et de la production des soins<sup>58</sup>.

L'histoire du système du financement des hôpitaux publics en Algérie peut être décomposée en deux phases distinctes. Avant 1973, le budget des hôpitaux s'obtenait par la multiplication du nombre de journées d'hospitalisation par un prix de journée préalablement fixé. Ce système incitait évidemment les hôpitaux à allonger au maximum les durées de séjour. Après 1973 à nos jours, le budget des hôpitaux publics et des hôpitaux privés participant au service public (psph) était constitué d'une dotation globale<sup>59</sup>.

#### 1.3.2.1- Le passage d'une tarification à la journée au budget global

A partir de 1973 (ordonnance du 28 décembre 1973), l'on supprime l'ancien système de gestion basé sur la tarification à la journée, l'hôpital devient alors, un établissement qui sera financé concurremment par une participation budgétaire de l'Etat et par une dotation forfaitisée de la sécurité sociale, cette dernière appelée « forfait hôpitaux », son montant sera alors déterminé

---

<sup>58</sup>Aberkane.A. : La réforme du système de santé et des hôpitaux, lecture et analyse de l'expérience Algérienne, unité de recherche médicale de Constantine.

<sup>59</sup>MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (2004), la santé des Algériennes et des algérien, MSRHR, Alger, 2017, <http://www.sante.dz/> consulté le 07/04/2019.



préalablement, compte tenu des prévisions de dépenses du secteur public de soins de santé, et de la participation budgétaire de l'Etat<sup>60</sup>.

La mise en place de la procédure du budget globale a été introduite en Algérie, en 1973, avec l'institutionnalisation de la gratuité des soins. La pratique du budget global s'est substituée, alors, à celle de la tarification à la journée, qui était le mode de financement prédominant avant la promulgation de l'ordonnance du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans le secteur sanitaire publics (de 1962 à 1974)<sup>61</sup>.

Le budget est attribué à l'hôpital annuellement par l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) dont il dépend. Le montant est calculé selon l'activité prévue par service, nommé « centre de responsabilité » et est arrêté par le directeur de l'ARH.

Au cours de ces vingt dernières années, les hôpitaux se sont modernisés, mais le mode de financement est resté inchangé. L'augmentation des dépenses de consommables médicaux en Algérie a démontré les limites de ce système :

- Les activités d'un hôpital varient d'une année sur l'autre, mais le budget est figé et ne correspond pas aux activités effectivement réalisées ;
- Faute des moyens budgétaires suffisants, certains hôpitaux sont contraints de renoncer au progrès technologique et ne peuvent plus répondre aux besoins de la population. Cela freine la recherche de la performance et de la qualité ;
- L'organisation et le fonctionnement interne des hôpitaux sont en crise, surtout après la mise en place des trente-cinq heures. L'application de la réduction du temps de travail était difficile du fait de la pénurie de personnels médical et soignant. D'ailleurs, les établissements de santé sont soumis à des contraintes administratives lourdes.

Les établissements privés participant au service public hospitalier (psph) sont également financés par budget global comme les établissements publics. Les praticiens des (psph) ne peuvent demander à leurs patientes des honoraires additionnels mais le personnel salarié est non assimilé fonctionnaire.

---

<sup>60</sup>Oufriha FZ. : Les reformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins. CREAD.P. 135.

<sup>61</sup>MSP : Statistique sanitaire, Ministère de la sante de la population et de la réforme hospitalière, MSP, Alger, année 2003.

### 1.3.2.2- Les objectifs de la réforme hospitaliers

Les objectifs de la réforme hospitalière sont formulés comme suit :

- Humaniser et sécuriser les prestations de soins dans les établissements hospitaliers ;
- Moderniser les établissements et requalifier les services de soins en créant les activités adaptées aux nouvelles demandes et aux nouveaux modes de prise en charge hospitalière ;
- Permettre un meilleur accès au secteur public hospitalier, seul garant de la prise en charge par l'Etat de ses missions de service public, d'équité et de solidarité ;
- L'information médicale et l'amélioration de la qualité, l'outil majeur, qui permet un inventaire périodique des biens de santé produits et des ressources sanitaires consommées, est le système d'information hospitalier ;
- L'organisation de la région en réseau interdépendant assurant une continuité des soins. Le pôle d'excellence, leader de la région, s'engage à assurer la prise en charge des malades complexes qui dépassent les compétences des autres hôpitaux de région et de ceux qui compliquent à la suite d'un soin administré au niveau d'un hôpital de proximité ;
- La mise en place d'un réseau de communication qui permet de rapprocher les praticiens de la région ;
- Disposer d'un service public de santé compétitif et performant (taux d'hospitalisation à 5% à l'horizon 2012). Le problème qui se pose est que le secteur public n'est pas compétitif par rapport au secteur privé. Nos hôpitaux ne fonctionnent qu'à 50% de leur capacité. Ceci nous prive d'une ressource financière importante ;
- Autre objectif de taille, l'amélioration de l'accueil. Il faudrait que le malade puisse être orienté et pris en charge rapidement.

## SECTION 2 : LES REFORMES DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE

Nous avons utilisé les textes législatifs, réglementaires et les comptes rendus des commissions interministérielles. Résultats : la contractualisation concerne d'une part, l'hôpital public, confronté à des contraintes de gestion et financières affectant sa performance ; et d'autre part la Sécurité Sociale, confrontée à l'inflation de ses dépenses, à la hausse des prix des facteurs de production des soins et des prélèvements d'office affectés au budget du secteur public de soins. L'Etat représente une troisième entité, assumant les fonctions de régulation et de prestation.

### 2.1- La contractualisation dans le système de santé

Le système de contractualisation, introduit dans le cadre de la réforme hospitalière, vise à redéfinir la nature des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, afin de mieux connaître le statut des usagers du système public de soins (assuré social, ayants-droit d'un assuré social, démunis, non-assuré social...) et assurer une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds, dont les organismes de sécurité sociale, et les prestataires de soins,

La contractualisation est intervenue avec l'apparition de certains dysfonctionnements dans les systèmes de santé et de sécurité sociale, précisant qu'il fallait mettre en place de nouveaux dispositifs pour parer à ces dysfonctionnements. L'application de ce nouveau système permet une "offre de soins"<sup>62</sup>, est étroitement liée à la notion d'engagement réciproque ; en termes d'objectifs, il s'agit également d'assurer une meilleure maîtrise des dépenses de santé de la sécurité sociale" et de "garantir une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière des assurés sociaux.

Chaque admission est conditionnée par une identification du patient : les affiliés doivent être munis de carte d'assurance, les démunis doivent présenter leur carte délivrée par les services de la direction de la solidarité nationale et les autres, qui ne faisant pas partie des deux catégories, seront invités à s'acquitter de la facture de soins à leur sortie.

L'Algérie, suite à un contexte, a opté pour l'achat des services comme choix d'application de la contractualisation, c'est-à-dire la contractualisation en Algérie a mis en relation uniquement deux acteurs du système de santé à savoir : les prestataires de santé chapeauté par le ministère

---

<sup>62</sup>Contractualisation Santé-CNAS : 5.300 agents mobilisés pour la gestion de 600 bureaux d'entrée aux hôpitaux.

de la santé et les bailleurs de fonds représentés par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNAS). L'objet de ces relations contractuelles concerne principalement les modalités de financement des prestations prodiguées aux assurés sociaux<sup>63</sup>.

#### **2.1.1- La contractualisation des relations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements de santé**

La contractualisation des services de santé avec la CNAS, dont chaque secteur concerné lui donne le sens qu'il veut. La CNAS en mauvais élève à lancé plusieurs chantiers de reconstruction du patrimoine perdu avec la médecine gratuite ; cette nostalgie du passé est bien entendu contraire aux principes de la contractualisation. La DAS soumise à une réglementation draconienne ne trouve pas de preneurs pour ces cartes de démunis, personne ne répond aux critères fixés. Le Secteur de la santé livré à lui-même n'arrive pas à classer ses malades ; dont 80% restent indéfinis sans tiers payant pour le remboursement des frais « c'est le grand perdant »<sup>64</sup>.

Les contributions des Organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements de santé doivent être mises en œuvre sur la base de rapports contractuels et les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et des soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La nouvelle organisation en unités hospitalières et en unités extra hospitalières, proposée, permettra une meilleure gestion des coûts de ces deux types d'unités, sachant que la première gère des activités plus rémunératrices dans le cadre de la contractualisation que la seconde et sachant aussi que les frais inhérents aux soins de santé des démunis non assurés sociaux sont à la charge de l'Etat.

La mise en place du chemin de soins coordonné et la relance de la contractualisation avec les médecins de ville les services publics de santé n'est pas synonymes d'hôpital public. Le service public de santé doit être structuré en réseaux de soins coordonnés entre médecine de ville, hôpital public et de santé privés.

Il s'agit de l'un des axes de la réforme en faveur du secteur de la santé avant la généralisation par la CNAS de la carte à puce du tiers payant, les prescripteurs privés des soins ambulatoires sont incités à adhère à la nouvelle démarche contractuelle proposée par la sécurité sociale,

---

<sup>63</sup>Foudi.B. : la contractualisation dans les systèmes de sante Algérien et Marocain : op cit 130.

<sup>64</sup>DRESS : Contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale, DRESS, Constantine. 2006.

reposant sur le principe du médecin traitant. Il s'agit d'une mesure tendant à la rationalisation des dépenses de santé par la mise en place de la notion du médecin traitant. Chaque patient est alors tenu de choisir son médecin par lequel il doit obligatoirement passer, en vue d'accéder au remboursement des frais, avant toute consultation de spécialiste ou l'accès à un établissement hospitalier ou à des soins spécialisés<sup>65</sup>.

### 2.1.2- Avantages de la contractualisation en Algérie

- Rétablit le rôle de l'Etat arbitre (arbitrage entre les établissements de santé et les organismes payeurs) ;
- Négociation, de la concertation et de la transparence (optimisation des ressources - concurrence) ;
- Rétablit les responsabilités des financeurs et des gestionnaires (rationalisation des ressources) ;
- Permet le contrôle de l'allure des dépenses de santé pour :
  - ✓ Préserver les équilibres financiers organismes de sécurité sociale ;
  - ✓ Maintenir des proportions raisonnables la part du financement de l'Etat ;
  - ✓ Permet d'appréhender rigoureusement le statut des usagers pour mieux cibler l'aide de l'Etat vers les personnes nécessiteuses ;
  - ✓ Etude d'évaluation médicale et financière des interventions de santé.

### 2.1.3- Les dangers de la contractualisation en Algérie

La contractualisation est un outil permettant de mieux articuler les relations entre acteurs, elle peut aussi engendrer des effets pervers :

- Développement insuffisant des pratiques professionnelles par les médecins eux-mêmes ;
- Système d'information insuffisant : suivi des médicaments etc. ;
- Organisation peu lisible : trop d'organismes administratifs, d'institutions chargés d'un volet en rapport avec la santé. Une rationalisation est nécessaire ;

---

<sup>65</sup>MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière : Mise en œuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas, MSR.H. Alger, 2015.

- Prêter une attention plus soutenue à la participation des usagers ; augmentation des coûts de transaction ;
- Corruption : la faiblesse de l'Etat et aussi celle des autres acteurs est la porte ouverte à toutes les corruptions ;
- Dérive de la notion de contractualisation vers un nouveau mode de distribution des ressources<sup>66</sup>.

#### **2.2- La Carte Tiers payant**

Le système du tiers payant est une possibilité offerte à l'assuré pouvant en bénéficier pour lui éviter d'avoir à faire l'avance des frais. Toutefois, il ne revêt aucun caractère obligatoire et l'assuré qui ne veut pas en bénéficier peut continuer à acheter ses médicaments et se faire rembourser ensuite par son centre de paiement.

Le système du tiers payant sera généralisé en 2012. Dans cinq ans, les Algériens ne se précipiteront plus devant les guichets de la CNAS (Caisse Nationale D'assurance Sociale)<sup>67</sup>.

L'optimisation des prestations, s'est traduite, entre autres, par le rapprochement des assurés sociaux des structures de la sécurité sociale à travers la poursuite de l'élargissement du réseau des structures de proximité, dont le nombre est passé de 852 en 1999 à 1.431 en juillet 2011. Cette amélioration s'est cristallisée autour de l'élargissement du tiers payant du médicament dont le nombre des bénéficiaires a atteint 2.400.000 à ce jour et sa généralisation à tous les titulaires de la carte Chifa et à leurs ayants droits. Seuls les retraités et les personnes souffrant de maladies chroniques bénéficiaient de ce système à la date du lancement de la carte Chifa en 2007 et jusqu'au 1er août 2011<sup>68</sup>.

Actuellement, sur simple présentation de la carte Chifa et d'une ordonnance, les assurés sociaux pourront profiter des avantages du système du tiers payant pour l'acquisition des médicaments prescrits pour eux ou pour leurs ayants droit, et ce, dans n'importe quelle officine pharmaceutique conventionnée avec la Caisse nationale des assurances sociales (CNAS). La carte électronique Chifa, distribuée initialement à certaines catégories de la Société telles que

---

<sup>66</sup>Congrès international sur le management hospitalier, la contractualisation interne à l'hôpital public, 15 et 16 mai- hôtel Aurassi.

<sup>67</sup>Le ministre du travail et de la sécurité sociale, lors de l'inauguration du centre de personnalisons de la carte magnétique des assuré sociaux, sise à Ben Aknoun, MTSS, Alger en 2018.

<sup>68</sup>CNAS : Direction des statistiques, direction générale de la Alger, CNAS .2017

les retraités et les personnes souffrant de maladies chroniques et à faibles revenus, touche donc l'ensemble des assurés sociaux. Elle est mise en service, dans un premier temps, pour le remboursement des médicaments seulement, en attendant son application, à long terme, aux consultations effectuées par un médecin conventionné avec la CNAS et aux laboratoires d'analyses.

La pris en charge de tous les produits pharmaceutiques figurant dans la liste des médicaments remboursables par la sécurité sociale, fixée par arrêté interministériel, et prescrits par un médecin :

- Le taux de prise en charge est 100 % :
  - L'assuré ou l'ayant droit atteint d'une maladie chronique reconnue ;
  - L'assuré titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle dont le taux est égal ou supérieur à 50%et ses ayants-droit ;
  - L'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite directe dont le montant ne dépasse pas le minimum ayants droit montant du salaire national garanti (SNMG) et ses ayants-droit ;

- Le taux de prise en charge est de 80% :

La prise en charge dans ce cas-là elle englobe le reste de la population qui ne sont pas cité dans le premier cas (pour le taux est 100%)<sup>69</sup>.

### 2.2.1- Convention du tiers payant de la CNAS

Le collectif des pharmaciens d'officine d'Alger, représentant les différents quartiers, rejette en bloc le cahier des charges accompagnant la nouvelle convention du tiers payant proposée par la Caisse de la sécurité sociale (CNAS). Le collectif œuvre autour de toutes les nouvelles dispositions élaborées et proposées par la CNAS. D'emblée, il signale que ce ne sont pas tous les pharmaciens d'officine qui adhèrent à ce cahier des charges négocié avec le SNAPO qui ne représente qu'une intime partie de la corporation.

L'instauration du carnet du tiers payant est l'exemple type d'une proposition qui provoque un surcroit de travail aux pharmaciens, selon eux. Pour ces pharmaciens contestataires, l'engagement pour le médicament générique tel que préconisé par le SNAPO impose aux

---

<sup>69</sup>Benbahmed.L. : Reformes et Sécurité Social L'expérience Algérienne. Marrakech mars 2009. Pharmaciens d'Alger,2009.

pharmaciens d'effectuer des opérations complexes tant au niveau de la gestion de ces médicaments qu'au niveau de leur disponibilité à rechercher les génériques les moins chers<sup>70</sup>.

### **2.2.2- la différence entre le carnet du tiers payant et la carte Chifa**

Avec le carnet du tiers l'assuré ainsi que ses ayants droit peuvent retirer leurs médicaments (ceux remboursés à 100%) en pharmacie sans avancer l'argent, en présentant le carnet- Avec la carte Chifa, il bénéficiera de l'avance des frais dans les pharmacies, mais aussi auprès de tous les médecins conventionnés et de tous les établissements sanitaires, eux aussi conventionnés. Concernant les médicaments des maladies chroniques remboursés à 50%, les restent à la charge de la mutuelle. Le patient devra donc payer ces 20% sur place<sup>71</sup>.

### **2.3- La carte Chifa**

C'est une carte de Sécurité sociale qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour qu'ils puissent faire leurs droits aux prestations de Sécurité sociale, le premier lieu à rembourser sans à formuler la demande ni à remplir et présenter une feuille de soins. Il suffit seulement de la présenter chez le médecin, le dentiste, les Pharmacies, les hôpitaux, auprès des agents de la CNAS et des différents établissements de soins pour bénéficier de soins et de médicaments sans paiement.

L'assuré ou l'un de ses ayants droit doit aussi présenter la carte lors de toute démarche auprès de son centre de paiement, pour se faire rembourser par exemple Par ailleurs, la carte comporte des informations personnelles sur rassuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux).

La production de ces cartes qui débutera au cours du premier trimestre 2007, touchera dans la phase pilote 700.000 (10%) du nombre global des assureurs sociaux en Algérie, estimé à 7 millions, a indiqué Touati Boualem, directeur de l'informatique de la CNAS. Il faut noter que la mise en œuvre de ce projet, qui a fait l'objet d'un appel d'offres national et international remporté par la société AXALTO, comporte 3 phases essentielles :

- Une première phase de 9 mois, sera consacrée à la conception et la réalisation (architecture, logiciels) ;

---

<sup>70</sup>Allal.Y. : Etude sur la contribution des patients à l'achat des médicaments prescrits dans les formations sanitaires de base, mémoire de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, juillet 1999.

<sup>71</sup>CNAS : Evolution des dépenses des tiers payants, CNAS,2007, 2016.



- La deuxième phase concernera la mise en place de la carte dans 5 wilayas pilotes (Annaba, Tlemcen, Oum El Bouaghi, Medea et Boumerdès) pour une durée de 15 mois ;
- La dernière phase consistera à étendre, progressivement, cette carte à l'ensemble du territoire national.

A ce jour, 4 600 000 cartes Chifa ont été établies en Algérie. Le nombre des bénéficiaires de la carte de remboursement Chifa est de 15 millions". Ce dernier a, à cet effet, fait savoir qu'il existe 8 600 officines conventionnées qui acceptent ces cartes, à l'échelle nationale, plus de 17 millions de factures électroniques ont été émises par les pharmaciens et traitées grâce au système Chifa. Six cents médecins conventionnés au niveau de 14 wilayas utilisent la carte Chifa et émettent des factures électroniques. Nous commençons à généraliser le système de transmission à distance de ces factures<sup>72</sup>.

Dans le même ordre d'idées le système du tiers payant sera élargi aux autres soins de santé, consultations médicales et prévention (tabagisme, maladies lourdes et vaccination saisonnière). Il enchaîne dans ce sens, que : "nous voulons établir un partenariat avec les médecins traitant pour développer la qualité des soins et de la prévention en Algérie, et les mettre dans la vision de la rationalisation des dépenses de santé". Tout en rappelant que les bénéficiaires actuels du système tiers payant sont les malades chroniques et les personnes âgées, ce système occupe presque 80 % de la dépense de médicaments. Les contrôles pour les malades chroniques sont exceptionnels et interviennent lorsqu'il y a un changement radical du régime thérapeutique.

#### **SECTION 3 : LES RECOMMANDATIONS ET LES PERSPECTIVE D'AVENIR**

L'amélioration de la santé des populations dépend de nombreux déterminants non sanitaires. On peut citer l'approvisionnement en eau saine, l'amélioration de l'hygiène et de l'habitat, la nutrition, l'amélioration du réseau routier et ferroviaire, mais aussi l'instruction et l'éducation, en particulier des filles et des mères.

Il transparaît que le changement passe un apprentissage de nouvelles formes d'action collective et qui suppose l'acquisition de nouvelles capacités. Ce processus nécessite du temps et la mise à disposition de moyens tout au long de ce processus. Aujourd'hui les réformes se posent des questions qui constituent l'enjeu majeur des politiques d'aide aux systèmes de santé des pays.

---

<sup>72</sup>MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : statistiques sanitaires, Direction de la planification et de la normalisation, MSPRH, Alger, 2000. 2003.2005 2006

### 3.1- Les conséquences des reformes du système de financement de santé en Algérie

Malgré toutes les reformes qu'ils ont adopté, le financement du système de santé en Algérie confrontés à de multiples dysfonctionnements (gaspillage, corruption, clientélisme, incompétence). La structure du financement de santé globalement inéquitable, en particulier vis-à-vis des populations les plus démunies est aggravée par une insuffisance des financements publics, ce qui contribue à expliquer les difficultés d'accès aux soins en particulier pour ces populations.

Les perspectives d'avenir Pour que notre système du financement soit équitable, efficace et performant les organismes du secteur de la santé regardent les difficultés auxquelles il a dû faire face tout au long de son exécution. Ainsi nous proposons donc pour le futur de réduire le nombre des objectifs et l'étendue géographique du projet, en le focalisant sur le développement global d'un ou deux districts sanitaires, dans une approche systématique (équipe cadre, hôpital, centres de santé, système de référence-contre référence, participation communautaire) et de renforcer les mécanismes qui permettront d'assurer des résultats durables. Ainsi nous allons voir dans les paragraphes qui suivent certaines recommandations et orientations pour un avenir mieux.

### 3.2- Les recommandations

Nous pouvons citer de la manière suivante :

#### 3.2.1- La mobilisation d'un financement suffisant et équitable

Elle passe par l'augmentation du budget du Ministère de la Santé qui nécessite de penser à d'autres voies du financement :

- Partenariat avec les collectivités locales et les ONG pour mobiliser les ressources pour la santé ;
- Réduction des coûts des biens médicaux et des soins par :
  - La mise en place d'une politique ambitieuse du médicament générique ;
  - Une amélioration des mécanismes d'approvisionnement et des achats publics ;
  - Le recours au système de vacation dans le secteur public pour une meilleure accessibilité ;
- L'orientation des ressources financières vers les prestations de santé prioritaires et socialement rentables ;

- Adoption de la loi sur la carte sanitaire ;
- Croissance économique soutenue et durable pendant une longue période pour que l'économie algérienne puisse réduire la pauvreté et intégrer le secteur informel.

### **3.2.2- La mise en place d'une politique ambitieuse du médicament**

Le système de santé en Algérie n'a connu des bouleversements qui ont rendu plus complexe la problématique de l'accès aux médicaments. Pour bien cerner les particularités de ce secteur, il faut examiner les caractéristiques du marché des médicaments Algérien eu égard à ce qui passe dans d'autres pays et déterminer la portée des mesures prises par les pouvoirs publics et le développement de la branche du médicament, à l'aune des économies, des politiques d'ajustement structurel, des tendances à la libéralisation de l'économie et les nouveaux accords commerciaux qui peuvent influencer sur la politique pharmaceutique algérienne et aussi encouragé la population algérienne à utiliser la politique des médicaments génériques qui joue un rôle très important dans la réduction des dépenses des médicaments et la charge de leurs remboursements supportée par les organismes de la sécurité sociale.

### **3.2.3- Avoir une meilleure qualité des soins**

- Etablir pour les expressions les plus courantes, des arbres décisionnels et encourager les médecins à s'y tenir et leur demander de justifier si nécessaire la modification de leur prise en charge médicale ;
- Un plus grand rapprochement des structures de prévention et de soins de base de la population ;
- Une meilleure couverture en structures d'hospitalisation à l'intérieur et au sud du pays ;
- La rationalisation de l'implantation des nouvelles structures de soins spécialisés et de haut niveau ;
- Adapter l'offre de soins aux besoins sanitaires de la population et améliorer la qualité des soins en créant à côté de la carte sanitaire, outil quantitatif d'encadrement du développement de l'offre de soins, un outil ;
- Accroître l'autonomie des établissements et développer les responsabilités des acteurs du système hospitalier ;
- Améliorer la concertation et le dialogue au sein des établissements par la mise en œuvre d'instances de concertation tels que les conseils de service et de département. Cette structuration de l'activité médicale a aussi pour ambition de faire participer les responsables médicaux à la

gestion des moyens budgétaires de leur structure et à les faire bénéficier, le cas échéant, des résultats de cette gestion ;

- Rétablir un plus juste équilibre entre service public et secteur privé lucratif<sup>73</sup>.

### **3.2.4- Porter une attention plus grande à la prévention<sup>74</sup>**

Malgré un passé remarqué dans le domaine de la lutte contre les grandes endémies, la prévention ne figure pas parmi les points forts de la coopération Algérien.

L'autorité territoriale doit mettre en œuvre des mesures de prévention en s'appuyant sur les principes généraux de prévention qui se déclinent de la façon suivante :

- Préserver la santé physique et mentale et assurer la sécurité des agents ;
- Satisfaire aux exigences réglementaires, la responsabilité civile ou pénale de la collectivité et/ou de ses représentants peut être engagée lors d'un accident de travail ;
  - Réduire les coûts directs (réparations, soins, etc.) et indirects (remplacement de la victime, surcharge de travail des présents, baisse de la qualité du service rendu au public) des accidents de travail ;
  - Motiver, reconnaître et responsabiliser les agents, instaurer un climat de confiance au sein de la collectivité ;
  - Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
  - Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;
  - Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle<sup>75</sup>.

### **3.2.5- Améliorer la politique des ressources humaines**

Le MSP devra être en mesure d'assumer ses engagements en matière de ressources humaines :

---

<sup>73</sup>Jean-Pierre C. : Organisation, décision et financement du système de soins, Lyon III, Lass- Graphos CNRS. adsp no 33 décembre 2000.

<sup>74</sup>Sabrina A, Karine.G. : La prévention des risques professionnels, hygiène et sécurité au travail, collection, les diagnostics de l'emploi territorial hors-série n°5.

<sup>75</sup>Sabrina A. Karine G. : La prévention des risques professionnels ; hygiène et sécurité au travail. Op cit. p. 14.

- La formation statutaire en chirurgie courante, gynécologie, pédiatrie et gestion du système de santé doit être exigée des médecins en voie d'intégration pour exercer dans les districts sanitaires ;

- L'affectation des médecins et techniciens de santé doit être effective notamment dans les districts et dans les formations sanitaires appuyés par voie de contractualisation ;

- L'intégration des personnels contractuels du projet (gestionnaires, maintenanciers, ect...) est nécessaire pour pérenniser l'opérationnalité des services.

- Le Processus de développement sanitaire implique des districts sanitaires fonctionnels. Il nécessite des équipes cadres responsables et capables de gérer un système de santé intégré. Ces équipes doivent bénéficier de mécanismes efficaces de suivi et d'encadrement intensif qui relèvent de la responsabilité de DSR aux compétences en santé publique confirmées.

- Les médecins consacrent beaucoup de temps à des activités divers pouvant leur apporter un complément de ressources pour compenser des salaires insuffisants et irréguliers donc il faudra en tenir compte dans l'avenir et envisager un mécanismes indemnitaire lié au poste d'affectation, à l'acquisition de compétences, à la performance dans les soins cliniques et au support donné aux formations sanitaires. D'une manière plus générale, il serait intéressant d'envisager des modalités de motivation non plus liées à la simple présence à des réunions ou à des formations, mais attribuées après l'acquisition certifiée d'une compétence ou la réalisation effective d'une activité.

### **3.2.6- L'orientation des ressources financières vers les prestations de santé prioritaires et socialement rentables**

Adoptent des dispositions financières mieux équilibrées et plus efficaces en faveur de la santé. L'un des grands axes de cette action consistera à alléger le fardeau financier des ménages contraints à tout payer de leur poche. L'OMS fournira un appui technique pour le renforcement des mécanismes de règlement préalable par les caisses d'assurance maladie.

Cette orientation des ressources financières elle répondra aux besoins propres des algériens en s'attachant notamment à renforcer les capacités et à favoriser la mise en valeur des ressources humaines pour la production de comptes nationaux de la santé correctement conçus. Elle fournira un soutien technique aux pays pour améliorer leur méthodologie, leurs bases de données et la qualité de leurs données, conformément aux normes et classifications internationales.

### 3.2.7- Développer la politique de contractualisation

La contractualisation constitue un enjeu pour la viabilité des acquis du projet, mais faudra veiller à ce que le cadre soit mieux adapté aux spécificités des districts cibles, qu'elle puisse être ouverte à des personnels de santé nationaux, qu'elle associe effectivement les communautés bénéficiaires, que sa dégressivité soit efficacement programmée et qu'elle soit régulièrement appuyée et supervisée. L'appui à la mise en œuvre de la contractualisation devra porter sur les facteurs clés de sa réussite :

- Les mécanismes de transfert de compétences, avec la condition incontournable d'une présence effective des personnels de santé nationaux, qui pourraient être mis à la disposition, intégrés et rémunérés dans le cadre du contrat ;
- La qualité de l'environnement de travail (infrastructures, équipements, organisation et gestion) pendant et après le départ de l'ONG ;
- Le respect des normes du MSP dans la gestion et dans les activités de soins, dans la participation au système d'information sanitaire et au processus de contrôle et de supervision ;
- Les mécanismes de compensation et de rétablissement de la participation communautaire lorsque celle-ci est perturbée dans les situations d'urgence.

### 3.2.8- La recherche en santé

La connaissance scientifique et présentant un potentiel pour l'amélioration de la santé et le renforcement des capacités de recherche des pays. Pour assurer l'efficacité et la durabilité de la recherche en santé, il serait judicieux de développer une stratégie basée sur :

- Une déclaration d'une politique de recherche en santé mettant en exergue les axes prioritaires dans ce domaine ;
- La mise en place de structures et de mécanismes dédiés exclusivement à la promotion, l'organisation, la coordination et le suivi des activités de recherche ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles de recherche à travers la formation à la méthodologie de recherche, la formation par la recherche, la création de réseaux thématiques et de pôles de compétences et l'implication de structures sanitaires et du secteur privé ;
- Un financement suffisant par la mobilisation de fonds nécessaire et suffisants à partir du budget de l'Etat et des différents bailleurs de fonds, entreprises privés et partenaire ;
- Une évaluation et utilisation des travaux de recherche.

### **3.2.9- L'adaptation à la tarification à l'activité (T2A)**

La tarification à l'activité (T2A) introduit un changement structurel de mode de financement, destiné à placer les établissements de soins en situation de « concurrence Par comparaison », à cacher les déficits d'information sur leurs efforts de productivité, et surtout à les inciter à réduire leurs coûts et à améliorer leur efficacité, en se restructurant et en se spécialisant sur les segments où ils ont un avantage comparatif<sup>76</sup>.

La T2A rend plus transparent et équitable le mode de financement entre les hôpitaux publics et privés (à but lucratif ou non). En 2019, les modalités de gestion des établissements de santé publics et privés seront rapprochées et cela favorisera leurs coopérations<sup>77</sup>.

Le système de tarification que nous proposons, est conçu de manière à encourager les efforts de prévention des employeurs et des employés. Les cotisations sur les assurances maladies, sur les maladies professionnelles et sur les accidents de travail seront donc assises sur une assiette qui sera majorée d'un pourcentage et qui sera différent d'un établissement ayant accompli des efforts louables et appréciables, dans le domaine de la prévention, par la prise de dispositions visant à réduire la gravité des accidents de travail.

### **3.2.10- Améliorer le pilotage et la gestion du projet**

Il faut mieux définir en amont du Projet, les responsabilités de chaque partenaire, établir et faire vivre un dispositif de pilotage selon des règles adoptées en commun constituent des conditions essentielles pour la bonne gouvernance d'un Projet.

Les procédures de gestion devront être mieux adaptées à la réalisation des activités particulièrement complexe qui sont la caractéristique des systèmes de santé. La logique de développement des prestations de soins doit s'appuyer sur les instruments et les mécanismes de renforcement des capacités institutionnelles spécifique, de transfert des compétences, de valorisation des expériences et de pérennisation des acquis.

---

<sup>76</sup>MILCENT. C, ROUCHUT. J. : Tarification hospitalière et pratique médicale, La pratique de la césarienne en France, Revue économique, 2014/2 Vol. 60, 478-505. DOI : 10.3917/ reco <http://www.cain.info/revue-economique-2016-2-page-484.htm>. Consulté le 11/06/2019.

<sup>77</sup>CRAINICH.D : Impact du passage à la tarification à l'activité. Une modélisation pour l'hôpital public, Revue économique, 2014/2 Vol, p. 471-488. DOI : 10.3917/reco.602.0471. <http://www.cain.info/revue-economique-2016-2-page-484.htm>. Consulté le 11/06/2019.

#### **Conclusion**

Améliorer la performance du système de santé constitue un objectif essentiel des pouvoirs publics. Les réformes des systèmes de santé, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, ont généralement entraîné des recompositions institutionnelles qui se sont traduites par une multiplication, une diversification et parfois une spécialisation des acteurs de la santé, tant au sein du secteur public que des secteurs privé et associatif.

Nous pouvons souvent dire que les réformes des systèmes de santé nuisent à la santé publique, aux soins de base et à l'équité. Ces critiques méritent considération et minutieuse analyse. Les réformes affichent souvent des objectifs généreux : accès aux soins pour tous, plus grande efficacité des services de santé, amélioration de la qualité et financement durable.

Le financement de la santé, par-delà sa diversité, traduit des enjeux communs de service aux patients : assurer au meilleur coût des soins de qualité et universellement accessibles, avec des professionnels bien formés, malgré les problèmes démographiques, où patients et professionnels seront plus mobiles et exigeants.



# **CONCLUSION GÉNÉRALE**

## CONCLUSION GENERALE

Le système de santé algérien est, à l'origine, un système d'inspiration bismarckienne, avec des régimes d'Assurance maladie encadrés par l'État. Il repose sur une offre de soins mixte, où coexistent prestataires publics et privés, y compris dans le domaine hospitalier. Les patients bénéficient d'un accès très libre (choix libre du médecin, accès direct au spécialiste), et d'une offre abondante, notamment de médecins libéraux. Les assurances complémentaires jouent un rôle particulier dans le système, en couvrant presque systématiquement la part laissée à la charge du patient par l'Assurance maladie obligatoire.

Le financement du système national de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale, et celle des ménages, donc un modèle du financement mixte qui tire ces ressources, d'une part, par la fiscalité nationale, et d'autre part des cotisations sociales.

Aujourd'hui le système du financement de santé Algérien est non seulement confronté à l'insuffisance des ressources financières, mais aussi à une mauvaise gestion des ressources disponibles ; toutefois l'accroissement des capacités du financement, sans pour autant qu'il y ait des réformes pertinentes, risquerait de créer tout simplement des rentes de situation au profit des prestataires. Des réformes, le rapprochement des structures de santé des habitants, la redynamisation des structures de santé de base, le respect de la hiérarchie des soins et le désengagement des structures hospitalières.

Trois problèmes fondamentaux, étroitement liés, empêchent l'Algérie de se rapprocher d'une couverture universelle. Le premier problème est la disponibilité des ressources. Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie. Cette notion plus complexe de la pauvreté et du développement tient compte de processus interactifs indispensables à la dynamique sociale de l'amélioration de la santé. C'est ainsi que les potentialités économiques influent sur la santé, car un faible revenu limite l'accès aux soins ainsi que les occasions de promouvoir la santé. Inversement, une mauvaise santé limite la capacité de gain et contribue à la pauvreté. La croissance des dépenses de santé, le vieillissement démographique, la précarité des classes défavorisées, risquent à long terme de remettre en cause les équilibres de coptes et partant, le fonctionnement des programmes de secteur de santé.

La deuxième barrière à la couverture universelle est la dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins. Ils comprennent les paiements des médicaments en vente libre ainsi que les honoraires des consultations et des interventions. Même si les personnes possèdent une assurance maladie, elles peuvent devoir payer davantage sous forme de forfait, de quote-part, de ticket modérateur ou de franchise.

Le troisième obstacle à une progression plus rapide vers la couverture universelle est l'utilisation inefficace et inéquitable de ressources. La réduction de ce gaspillage améliorerait considérablement la capacité des systèmes de santé à fournir des services de qualité et à améliorer la santé.

Malheureusement, ces dysfonctionnements sont caractérisés par une extrême faiblesse des ressources humaines, des infrastructures et équipements médicaux. L'administration souffre de La croissance des dépenses de santé elle est en partie liée à des phénomènes structurelle : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissements de la population, évolution du niveau de vie.

La réforme du système de financement de santé en Algérie devient une nécessité et non pas un choix. Pour cela, il devient impératif d'instaurer de nouvelles bases pour une meilleure gouvernance et de mobiliser un financement suffisant et équitable, sans pour autant abandonner les acquis réalisés, notamment en ce qui concerne le renforcement de la couverture médicale pour assurer une meilleure accessibilité aux soins, l'adoption de la prévention comme instrument efficace d'amélioration du niveau de santé du citoyen, la consolidation des programmes de santé, particulièrement, ceux de la mère et de l'enfant et de lutte contre les maladies transmissibles, le renforcement de la sécurité sanitaire et la consolidation des acquis en matière de politique du médicament et la promotion du générique.

En conclusion, La recherche de l'objectif de l'efficacité du financement du système de santé par l'introduction de la concurrence et la recherche de l'efficacité managériale dans les établissements de soins, notre recherche nous a conduit à formuler un certain nombre de recommandations :

- Introduire d'autres modes de financement tel que la tarification à l'activité (T2A) ;
- Créer un système de relations contractuelles (tarification consensuelle) : santé (Public + privé) et assurance maladie ;
- Concevoir la santé dans son acception moderne, recherchant le bien-être physique, mental, familial, professionnel et social ;

## CONCLUSION GENERALE

---

- Prendre conscience de droit à la santé (équité, justice et liberté) et de devoir de santé (capacités de production) ;
- Apprendre la culture et l'éducation d'un homme sain (hygiène de vie) ;
- Prendre en charge des effets de la double transition démographique et épidémiologique tant sur le plan préventif que curatif.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrages :

- ABDELHAMID A. La reforme de système de santé et des hôpitaux, la culture et analyse de l'expérience Algérienne, volume XIII n°3, mai/juin 2004, unité de Recherche Médicale de Constantine.
- ANNE-LAURANCE Le FAOU : « L'économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaumes-Unies, Canada. Coll. Sciences humaines en médecine ». Paris : Ellipses ; 2003.
- ANNICK C, FREDERIC L : le cadre social ayant exercé à l'IGR, Villejuif, à Curie, Paris, et à l'EFEC, onc magazine-trimestriel février 2009- vol3 n0 1.
- BEJEAU S : « Economie du système de santé : du marché à l'organisation », édition Economica, Paris 1994.
- BRAHMIA.B : économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé, L'OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, édition bahaeddine,2010.
- FAOU AL : « l'économie de la santé en question, Allemagne ». France, Royaume-Unis, Etats-Unis, Canada.Coll. Sciences humaine en médecine. Paris (France) : Ellipses ; 2003.
- HENRIET D. ROCHET R. « Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé. Complément B in régulation du système de santé. n° 13 . Édition la documentation française 1998.
- JEAN-PIERRE C. : Organisation, décision et financement du système de soins, Lyon III, Lass-Graphos CNRS. adsp no 33 décembre 2000.
- KHIATI. M : « quelle santé pour les Algérien », édition Maghreb relations, Alger 1991.
- LEBRUN E, SCHWOB R : Organisations des systèmes de santé de soins filières, Paris, 2000.
- MICHEL KELLY G. « Le financement de la santé par l'assurance-maladie privée », Institut économique de Montréal. 2005.
- RICOUX R: « La Démographie Figurée de l'Algérie », édition HACHETTE LIVRE, 2018.
- ROCHAIX.L : « La théorie de la demande induite la tarification de la demande de soins : l'arlésienne du marché », édition Economica, 1995, Paris.
- VITTECOQ, O :« les systèmes de santé, les quatre modèles » édition LITEC, 1992, Paris.

### **Mémoires et thèses de doctorat :**

- ALLAL.Y. : Etude sur la contribution des patients à l'achat des médicaments prescrits dans les formations sanitaires de base, mémoire de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, juillet 1999.
- BENMANSOUR A : Le financement du système de santé au pays du Maghreb : cas de l'Algérie, Maroc et la Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, université de T. Ouzou, 2012.
- FOUDI. B : « La contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain : Etat des lieux, mémoire : option Economie de la santé et développement durable, université de Bejaïa, 2011.
- SAIHI A : le système de santé publique en Algérie. Analyse et perspective, ENA, Alger, Avril 2006.
- ZIANI.Z, Assai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse Magister en Science Economiques, Université A-Mira de Bejaia, Mai 2012.

### **Rapports et documents administratifs :**

- Magasine-trimestriel février 2009- vol3 n°1.
- Rapport NABNI 2020 : Cinquantenaire de l'Indépendance : Enseignements et vision pour de 2020, Janvier 2013.
- MSPRH : système national de sante : éléments de réflexion, avril 1998 : développement du système national de santé stratégies et perspectives mai 2001, « statistique sanitaire », novembre 2002, « avant -projet de loi sanitaire », février ; la santé des algériennes et des algériens, MSPRH, Alger, avril 2003.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.  
MSPRH : la politique Nationale de la santé. MSPRH, Algérie 2006.
- ART.2.- le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté. La propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression et celle de 1793 :
- Art .21.- (des secours publics) - les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la substance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ».

-Arrêté interministériel du 7 janvier fixé le montant pour 100 DA pour la journée d'hospitalisation et les consultations spécialisées et 50 DA pour la consultation de la médecine générale.

-MSPRH : Les comptes nationaux de la santé 2000-2001, MSPRH, Algérie, 2003.

Ces structures seront, désormais, gérées par un conseil d'administration et une direction distincte de celle de l'établissement hospitalier de proximité.

-B M : Revue des dépenses publiques : document de la banque mondiale volume I. L'Algérie à la recherche d'investissement de qualité, B M, 2011.

-B M : La région MENA, à la recherche d'un investissement public de qualité, une revue des dépenses publiques, document de la banque mondiale août 2017, B M, rapport n°36270.

-Ces entités sanitaires couvriront 25 000 habitants, en milieu urbain, et de 3000 à 4000 habitants, en milieu rural.

-CNAS : Présentation du système actuel de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et les perspectives de la contractualisation, séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, 2015.

-CNP : (Comité National de Population) 1999, 2000, Rapport 1998, CNP, Algérie 2000.

-MSP : Les statistiques sur les personnes âgées dans un hospice pour hommes de l'Algérois montrent que l'écrasante majorité des pensionnaires sont célibataires : 60%, les divorcés représentant 20%. Quand on sait que le célibat masculin aux âges avancés est actuellement assez rare, on imagine le degré d'exclusion de ceux-ci. MSP, Alger, 2011.

-MSP : La carte nationale sanitaire, MSP, Alger, 1981

-MSP : Statistiques sanitaires, Direction de la planification, Ministère de la Santé et de la Population, MSP, Algérie, 1999.

-OMS : Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant, OMS, Genève, 2000.

-Contractualisation Santé-CNAS : 5.300 agents mobilisés pour la gestion de 600 bureaux d'entrée aux hôpitaux.

-MSP : Ministère de la santé, République Algérienne Démocratique et populaire : les fondements de la carte sanitaire, MSP, Nationale. Doc. Interne, Dactyl.1-64, Novembre 2007. Consulté le 09/06/2019.

-MSP : Statistique sanitaire, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, MSP, Alger, année 2003.



- DRESS : Contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale, DRESS, Constantine. 2006.
- MSPRH : Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière : Mise en œuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas, MSR.H. Alger, 2015.
- Congrès international sur le management hospitalier, la contractualisation interne à l'hôpital public, 15 et 16 mai- hôtel Aurassi.
- CNAS : Direction des statistiques, direction générale de la Alger, CNAS .2017.
- CNAS : Evolution des dépenses des tiers payants, CNAS,2007, 2016.
- MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : statistiques sanitaires, Direction de la planification et de la normalisation, MSPRH, Alger, 2000. 2003.2005 2006.

# **ANNEXES**

## ANNEXES

### Annexe n° 01 : Evaluation de l'espérance de vie à la naissance par sexe

Année	Esperance de vie à la naissance Hommes (années)	Esperance de vie à la naissance Femme (années)	Esperance de vie à la naissance Ensemble (années)
1970	52,6	52,8	52,6
1980	55,9	58,8	57,4
1990	66,3	67,3	66,9
1998	70,5	72,9	71,7
2000	71,5	73,4	72,5
2008	74,8	76,4	75,6
2009	74,7	76,3	75,5
2010	75,6	77	76,3
2011	75,6	77,4	76,5
2012	75,8	77,1	76,4
2013	76,5	77,6	77
2014	76,6	77,8	77,2
2015	76,4	77,8	77,1

**Annexe n°02 : Evolution du taux de mortalité**

<b>Année</b>	<b>TMB</b>	<b>TMI</b>
<b>1990</b>	6,03	46,8
<b>2000</b>	4,59	36,9
<b>2008</b>	4,42	25,5
<b>2009</b>	4,51	24,8
<b>2010</b>	4,37	23,7
<b>2011</b>	4,41	23,1
<b>2012</b>	4,53	22,6
<b>2013</b>	4,39	22,4
<b>2014</b>	4,44	22
<b>2015</b>	4,57	22,3

**Annexe n°03 : Les dépenses de fonctionnement 2015-2018**

Années	2015	%	2016	%	2017	%	2018
Personnel	66476	59.69	80211	60.06	170	6.12	112578
Formation	2560	2.3	3241	2.3	140	5.04	8000
Alimentation	3200	2.87	3469	1.9	161	5.8	6530
Médicaments	19600	17.6	336	18.4	335	12.79	44498
Prévention	3400	3.05	3327	2.7	455	16.4	8000
Matériel méd	5000	4.49	9500	2.9	502	18.09	10000
Entretien infrastructures	3622	3.25	5153	2.9	507	18.27	8500
Services soc	7768	5.18	8455	1.1	180	6.48	12500
Autre	16089	1.52	17001	4.9	292	10.52	1808
Recherche méd	45	0.04	48	0.004	33	1.18	50
Total	111361	100	145145	100	2775	100	212464

**Annexe n°04 : Les taux de cotisation aux caisses de sécurité sociales en Algérie en 2018**

<b>Branche</b>	<b>A la charge de l'employeur</b>	<b>A la charge du salarié</b>	<b>A la charge du fonds des oeuvres sociales</b>	<b>Total</b>
Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)	11,5 %	1,5 %	-	13 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	-	-	1,25 %
Retraite	11 %	6,75 %	-	17,75 %
Retraite anticipée	0,25 %	0,25 %	-	0,5 %
Assurance chômage	1 % <sup>1</sup>	0,5 % <sup>1</sup>	-	1,5 %
Logement social	-	-	0,50 %	0,5 %
<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>9 %</b>	<b>0,50 %</b>	<b>34,5 %</b>

## Annexe n° 05 : Évolution des dépenses de santé en Algérie

### Dépenses en santé (total) (% du PIB) en Algérie

Date	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses en santé total (% du PIB)	3.70	3.35	3.59	3.59	3.43	3.43	3.84	3.73	3.60	3.54	3.24	3.36	3.82	4.20	5.18	4.82	5.14	6.01	6.64	7.23	7.86

### Dépenses en santé (secteur privé) en Algérie

Date	1995	1996	1997	1999	1999	2000	2001	2002	2003	2004	200	2006	2007	2008	2009	2010	2011	201	2013	2014	2015
Dépenses en santé (secteur privé) (% de PIB)	1.03	0.85	1.04	1.07	1.05	0.93	0.87	0.88	0.80	0.98	0.95	1.02	1.12	1.14	1.52	1.52	1.52	1.59	1.71	1.75	1.81

### Dépenses en santé (secteur public) en Algérie

Date	1995	199	1997	199	1999	200	2001	2002	200	2004	200	2006	200	2008	2009	201	2011	201	2013	201	2015
Dépenses en Santé (secteur public) (% du PIB)	2.67	2.50	2.55	2.53	2.38	2.56	2.97	2.85	2.80	2.57	2.28	2.33	2.71	3.06	3.65	3.30	3.62	4.41	4.92	5.48	5.04

### Dépenses en santé par habitant en Algérie

Date	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses en santé par habitant (\$US courant)	53.12	52.68	57.07	56.19	53.40	60.27	65.35	65.00	74.05	90.38	98.31	113.78	146.97	201.13	195.21	209.83	270.77	318.98	313.52	368.09	404.02

**Annexe n° 06 : répartition des dépenses totale de santé en (%) selon les sources du financement en Algérie.**

Année Structure des dépenses (%)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Etat	37.8	44.1	39.6	42.5	39.3	43.2	54.4		55.1	48.2	49.9	50.4
Sécurité sociale	35.5	33.3	35.7	34.9	33.2	31.6	26.7		31.0	31.1	30.0	31.6
Ménages	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2	18.9		13.9	20.7	20.1	18.0

**Annexe n° 07 : Les indicateurs Épidémiologiques**

Indicateurs (incidence pour 100.000)	1963	2000	2015
Tétanos	1.19	0.09	0.04
Diphtérie	4.46	0.07	0.02
Coqueluche	11.04	0.15	0.10
Poliomyélite	2.77	0.03	0.00
Tuberculose	300	58	65
Fièvre typhoïde	9.91	9.8	4.22
Hépatite virale B	-	3.02	3.25
Hépatite virale C	-	0.72	1.14
Méningite	2.01	7.16	5.04
Paludisme	2.73	3.38	1.58
SIDA	-	0.13	0.20



## Annexe n° 08 :

### Évolution des mariages enregistrés et du taux brut de nuptialité

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de Mariages	149	177	331	341	344	369	371	387	386
	345	548	190	321	819	031	280	947	422
Taux Brut de Nuptialité (en ‰)	5,97	5,84	9,58	9,68	9,58	10,05	9,9	10,13	9,88

### Taux de fécondité générale par âge des femmes en 2015 (pour 1000 femmes)

Age des femmes (années)	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans
Taux de fécondité générale	9,7	87	156,8	167,4	126,3	62	8,9

### Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité et de l'âge moyen à l'accouchement (AMA)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indice Conjoncturel de Fécondité (enfants/femme)	4,5	2,4	2,8	2,8	2,9	2,9	3	2,9	3	3,1
Âge Moyen à la Maternité (en années)	29,5	32	31,9	31,8	32	32,2	31,8	31,7	31,8	31,8

### Évolution des naissances vivantes et du taux brut de natalité

Année	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de Naissances (en milliers)	775	589	817	849	888	910	978	963	1014	1040
Taux Brut de Natalité (en ‰)	30,94	19,36	23,62	24,07	24,68	24,78	26,08	25,14	25,93	26,03

### Évolution de la population résidente totale et de l'accroissement naturel

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population au milieu de l'année (en milliers)	25 022	416	591	268	978	717	495	297	114	963
Accroissement naturel (en milliers)	624	449	663	690	731	748	808	795	840	858
Taux d'Accroissement Naturel (en %)	2,49	1,48	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15

## Evolution de l'indice conjonctuel de fécondité et de l'âge moyen à l'accouchement (AMA)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Indice Conjonctuel de Fécondité (enfants/femme)	4,5	2,4	2,8	2,8	2,9	2,9	3	2,9	3	3,1
Âge Moyen à la Maternité (en années)	29,5	32	31,9	31,8	32	32,2	31,8	31,7	31,8	31,8

Annexe n° 09 :

## Évolution de la mortalité générale et du taux brut de mortalité

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de Décès (en milliers)	151	140	153	159	157	162	170	168	174	183
Taux Brut de Mortalité (en ‰)	6,03	4,59	4,42	4,51	4,37	4,41	4,53	4,39	4,44	4,57

## Évolution du taux de mortalité infantile par sexe (Pour mille naissances vivantes)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de Mortalité Infantile Ensemble (en ‰)	46,8	36,9	25,5	24,8	23,7	23,1	22,6	22,4	22	22,3
Taux de Mortalité Infantile Masculin (en ‰)	49,2	38,4	26,9	26,6	25,2	24,6	23,9	23,6	23,5	23,7
Taux de Mortalité Infantile Féminin (en ‰)	45,8	35,3	23,9	22,9	22,2	21,6	21,2	21,2	20,4	20,7

## Évolution du taux de mortinatalité par sexe (Pour mille naissances)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taux de mortinatalité Ensemble (en ‰)	21,4	24,7	19,9	18,4	18,2	16,7	15,9	15,4	14,6	13,9
Taux de mortinatalité masculin (en ‰)	23,5	24,6	21,3	19,6	19,6	18	16,8	16,4	15,8	14,8
Taux de mortinatalité Féminin (en ‰)	19,1	22,8	18,4	17,2	16,7	15,4	14,9	14,2	13,5	12,9

### Évolution du taux de mortalité juvénile (Pour mille naissances)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Quotient de mortalité juvénile Ensemble (en ‰)	55,7	43	29,7	29	27,5	26,8	26,1	26,1	25,6	25,7
Quotient de mortalité juvénile Masculin (en ‰)	58,2	44,8	31,4	30,8	29	28,3	27,3	27,3	27,1	27,1
Quotient de mortalité juvénile Féminin (en ‰)	54,7	41,3	27,8	27,1	26	25,2	24,7	24,9	23,9	24,2

### Évolution de l'espérance de vie à la naissance (en années)

Années	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Esperance de vie à la naissance Ensemble (années)	66,9	72,5	75,6	75,5	76,3	76,5	76,4	77	77,2	77,1
Esperance de vie à la naissance Hommes (années)	66,3	71,5	74,8	74,7	75,6	75,6	75,8	76,5	76,6	76,4
Esperance de vie à la naissance Femmes (années)	67,3	73,4	76,4	76,3	77	77,4	77,1	77,6	77,8	77,8

# **Table des matières**

**REMERCIEMENT**

**DEDICACE**

**DEDICACE**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**LISTE DES TABLEAUX**

**LISTE DES FIGURES**

**SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : LES DEFFIRENTS SYSTEMES DE SANTE DANS LE MONDE.....</b>	<b>4</b>
INTRODUCTION .....	4
SECTION 1 : PRESENTATION DES DIFFERENTS SYSTEMES DE SANE .....	4
1.1-Système Bismarckien .....	4
1.1.1-Fondements du système de santé Bismarckien .....	5
1.1.2- Fonctionnement du système de santé Bismarckien.....	6
1.1.3- Les points forts du système bismarckien .....	6
1.1.4- Les points faibles du système bismarckien .....	7
1.2- Système Beveridgien.....	7
1.2.1- Fondement du système beveridgien .....	8
1.2.2- Fonctionnement du système de santé beveridgien .....	8
1.2.3- Les points forts.....	8
1.1.4- les points faibles.....	9
1.3- Système libéral Américain .....	9
1.3.1- Fondement du système libéral américain .....	9
1.3.2- Fonctionnement du système libéral américain .....	10
1.3.2.1- Le financement privé .....	10
1.3.2.2- Le financement public .....	10
1.4- le Système mixte .....	11
SECTION 2 : LE SYSTEME NATIONAL DE SANTE EN ALGERIE.....	11
2.1- Historique du système de santé Algérien .....	11
2.1.1- La première phase (Avant 1962) : la période coloniale. ....	11
2.1.2. La deuxième phase (1962-1973) : reconstruction d'un système dévasté par la guerre.12	
2.1.3. La troisième phase (1974-1987) : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics.....	13

2.1.4. Quatrième phase (1986-2001) : absence d'adaptation du secteur de la santé à double transition démographique et épidémiologique. ....	14
2.1.5. Cinquième phase (2002-jusqu'à nos jours) : volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure.....	16
2.2- Etat de santé de la population Algérienne .....	17
2.2.1- Une vision générale sur les maladies en Algérie .....	18
2.2.2- Les facteurs de risque communs aux maladies chroniques prévalentes.....	19
2.3- Les indicateurs de la santé de la population en Algérie .....	19
2.3.1- L'espérance de vie en Algérie.....	19
2.3.2- La mortalité en Algérie .....	22
2.3.2.1- La mortalité générale .....	22
2.3.2.2- La mortalité infantile des Algériens .....	23
2.3.2.3- La mortalité maternelle des Algériens .....	24
2.4- Organisation du système de santé en Algérie.....	25
SECTION 3- LES SOURCES DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE .....	27
3.1- Budget de l'Etat .....	27
3.1.1- Financement du Ministère de la Santé .....	28
3.1.2- la participation des autres Ministère au financement de la santé .....	28
3.2.2.1- La Cotisations salariale.....	31
3.2.2.2- la cotisation parentale .....	32
3.3- La contribution des ménages .....	33
3.4- autres sources alternative du financement de système de santé en Algérie.....	34
CONCLUSION.....	34

**CHAPITRE II : LES DYSFONCTIONNEMENT DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE..... 35**

INTRODUCTION .....	35
SECTION 1 : NOTIONS ELEMENTAIRES SUR LES DEPENSES DU SYSTEME DE SANTE	35
1.1-La définition des dépenses de santé .....	36
1.1.1-La Consommation Médicale total .....	36
1.1.2-La dépense courante de santé (DCS= La Consommation Médicale Totale).....	37
1.1.3-La dépense de gestion générale de la santé.....	37
1.2-Les instruments de régulation de dépenses de santé .....	38
1.2.1- La maîtrise comptable des dépenses de santé .....	38
1.2.2- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé .....	39
1.2.3- la maîtrise par le marché des dépenses de santé .....	40
SECTION 2 : L'ÉVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE.....	41

2.1- Les dépenses de santé par indicateurs .....	41
2.1.1- Dépenses en santé (total) (% du PIB) .....	41
2.1.2- Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB) .....	42
2.1.3- Dépenses en santé (secteur public) (% du PIB) .....	42
2.1.4- Dépenses en santé par habitant (\$ US courant).....	43
2.2- Les dépenses de santé par les sources de financement .....	44
<b>SECTION 3 : DYSFONCTIONNEMENTS DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN</b>	
<b>ALGERIE .....</b>	<b>45</b>
3.1- Les dysfonctionnement du financement du système de santé en Algérie .....	45
3.1.1- Manque de maîtrise des couts est des dépenses .....	46
3.1.2 Iniquité dans la distribution des soins .....	46
3.1.3- Allocation et répartition de ressources financières inadaptées et insuffisantes.....	47
3.1.4- Manque de rationalité dans l'utilisation des ressources dans le secteur pharmaceutique	
.....	47
3.2- Les causes de dysfonctionnements du financement du système de la santé en Algérie...	48
3.2.1- La croissance démographique.....	48
3.2.2- L'impact du vieillissement sur le financement de la santé en Algérie .....	49
3.2.3- La transition épidémiologique .....	51
3.2.4- La pauvreté, la précarisation et la sous-alimentation .....	52
3.2.5- l'instabilité politique, la mauvaise gouvernance, l'insécurité, les conflits.....	53
3.2.6- La mauvaise gestion au sien des établissements sanitaires .....	53
3.2.7- Les progrès médicaux .....	53
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>54</b>
<b>CHAPITRE III : LES REFORMES DE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN</b>	
<b>ALGERIE .....</b>	<b>55</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>55</b>
<b>SECTION 1 : LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE.....</b>	<b>55</b>
1.1- Les dysfonctionnements du système de santé Algérien .....	55
1.1.1- Les dysfonctionnements au plan de l'organisation et les moyens matériels et humain qui	
se présentent par .....	55
1.1.2- Les dysfonctionnements sur le plan du financement .....	56
1.1.3- Dysfonctionnement sur le plan de l'information .....	56
1.1.4- dysfonctionnement sur le plan de la formation .....	56
1.1.5- Dysfonctionnement du secteur privé.....	57
1.2- Les causes des réformes du système de santé en Algérie.....	57
1.3- les grandes réformes de financement du système de santé en Algérie .....	58

1.3.1- Carte sanitaire .....	58
1.3.2- La réforme hospitalière .....	60
1.3.2.1- Le passage d'une tarification à la journée au budget global .....	60
1.3.2.2- Les objectifs de la reforme hospitaliers .....	62
<b>SECTION 2 : LES REFORMES DU FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE</b> .....	<b>63</b>
2.1- La contractualisation dans le système de santé .....	63
2.1.1- La contractualisation des relations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements de santé.....	64
2.1.2- Avantages de la contractualisation en Algérie .....	65
2.1.3- Les dangers de la contractualisation en Algérie.....	66
2.2- La Carte Tiers payant .....	66
2.2.1- Convention du tiers payant de la CNAS .....	67
2.2.2- la différence entre le carnet du tiers payant et la carte Chifa .....	68
2.3- La carte Chifa.....	68
<b>SECTION 3 : LES RECOMMANDATIONS ET LES PERSPECTIVE D'AVENIR</b> .....	<b>70</b>
3.1- Les conséquences des reformes du système de financement de santé en Algérie.....	70
3.2- Les recommandations.....	70
3.2.1- La mobilisation d'un financement suffisant et équitable.....	70
3.2.2- La mise en place d'une politique ambitieuse du médicament .....	71
3.2.3- Avoir une meilleure qualité des soins .....	71
3.2.4- Porter une attention plus grande à la prévention.....	72
3.2.5- Améliorer la politique des ressources humaines .....	73
3.2.6- L'orientation des ressources financières vers les prestations de santé prioritaires et socialement rentables .....	74
3.2.7- Développer la politique de contractualisation.....	74
3.2.8- La recherche en santé .....	75
3.2.9- L'adaptation à la tarification à l'activité (T2A) .....	75
3.2.10- Améliorer le pilotage et la gestion du projet.....	76
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>76</b>
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>77</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>ANNEXES</b>	
<b>TABLE DES MATIERES</b>	

## RESUME

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, structurels, financiers) destinés à identifier les besoins de la population, déduire des priorités et mettre en place les actions nécessaires à la réalisation des objectifs que la nation s'est fixée. Il doit aussi être en mesure de faire face aux situations d'urgence.

Le financement de la santé est le volet du dispositif général de la coopération sanitaire. Il vise la réduction des importants déficits du secteur sanitaire dans les pays et la mise en place de cadres stratégiques adéquats afin de mobiliser durablement les ressources nécessaires pour répondre aux besoins prioritaires des populations.

Les réformes du financement des systèmes de santé visent pour la plupart à mobiliser des ressources pour le secteur de la santé et à exploiter au mieux celles dont il est doté.

Aujourd'hui en Algérie des réformes importantes s'annoncent. Les enjeux sont multiples. Il s'agit à la fois de faire baisser les coûts publics et de faire face aux nouveaux défis de la santé publique. Devant l'augmentation des coûts de santé et la chute des recettes, il devient urgent de rénover notre système

**Mots-clés :** Système de santé, Financement du système de santé, dysfonctionnement du système de santé, Les réformes du financement, Algérie.

## SUMMARY

The health system can be defined as the means (organizational, structural, financial) to identify the population's needs, deduce priorities and implement actions necessary to achieve the objectives that the nation is fixed. It must also be able to cope with emergency situations. The health financing is part of the broader health cooperation. It aims to reduce deficits in the health sector in the country and the establishment of appropriate policy frameworks to mobilize sustainable resources to meet the priority needs of populations.

Financing reforms of health systems are for the most part to mobilize resources for the health sector and to make the most of those which he has.

Today in Algeria significant reforms ahead. The challenges are many. This is both to reduce public costs and face the new challenges of public health. To increased health care costs and falling revenues, it is urgent to renew our.

**Keywords:** health system, financing of the health system, system malfunctions health financing reforms, Algeria.