

UNIVERSITE A-MIRA BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DES
SCIENCES DE GESTION ET DES SCIENCES
COMMERCIALES

Mémoire

en vue de l'obtention du diplôme de
Magistère en Sciences Economiques
Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

Essai d'analyse de la maîtrise des
dépenses de santé en Algérie

Présenté par :
ABBOU Youcef

Sous la direction du :
Pr KAÏD TLILANE Nouara

Jury de soutenance

Président : Pr. BIA Chabane, Université de Tizi –Ouzou,
Rapporteur : Pr. KAÏD TLILANE Nouara, Université de Bejaïa,
Examineurs : Pr. AINOUCHE Mohand Cherif, Université de Bejaïa,
Dr. ALI ZIANE Mohand Ouammar, Maitre de Conférences, Université de Boumerdes.

DEDICACES

A mes très chers parents qui m'ont indiqué la voie de la réussite.

A mes frères et sœurs Ablina, Nabila, Saïd, Salim, Kenza et Yamina

A ma femme Hiba

A mon neveu : Jugurtha

A ma nièce : Illina

A mon beau-frère Mostefa

A ma belle-sœur Samia

A mes meilleurs amis : IDIR Mohamed Sofiane, LALLALI Rachid et MOKRANI Farid

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

Il m'est impossible de ne pas faire de remerciements dans le cadre de mon travail de recherche étant donné la valeur qu'il représente pour moi.

En premier lieu, je tiens à remercier mon professeur Madame TLILANE KAÏD Nouara qui a accepté de m'apporter son aide et son assistance depuis le début jusqu'à la fin, elle était là à chaque fois je la sollicite. Elle a suivi chaque étape de mon mémoire avec attention.

Un grand merci aux établissements et institutions en charge de la santé et de la Sécurité sociale qui ont accepté de m'aider malgré les entraves auxquelles ils étaient confrontés. Je ne peux pas malheureusement les citer tous pour des raisons de confidentialité.

Un merci tout particulier pour Madame MAHIEDINE BOUDOUKHA Amina, du Ministère de la Santé, de la Population et des Réforme Hospitalière qui a répondu favorablement à toutes mes requêtes.

Je remercie aussi chaleureusement tous mes enseignants notamment M. LAMRI Larbi, Monsieur FELLAH Lazhar et Monsieur BRAHMIA Brahim, c'est grâce à eux que j'ai pu comprendre l'économie de la santé.

Merci à mes collègues et amis IDIR Mohamed Sofiane et LALLALI Rachid pour le soutien et le partage d'idées.

Merci encore à toutes les personnes que je ne peux citer ou que j'ai omis de citer pour l'aide, le soutien et la collaboration dont ils ont fait preuve.

Merci
ABBOU Youcef

LISTE DES ABREVIATIONS :

ACBUS : Accords de Bon Usage des Soins
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AP : Autorisation de programme
APC : Assemblée Populaire Communale
APW : Assemblée Populaire de Wilaya
ASMR : Amélioration Service Médical Rendu
BM : Banque Mondiale
CAAT : Compagnie Algérienne d' Assurance Transport
CASNOS : Caisse Assurances Sociales des Non Salariés
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CMD : Catégories Majeures de Diagnostics
CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociales
CNEAP : Centre National d'Etudes et d' Analyses pour la Planification
CNES : Conseil National Economique et Social
CNIS : Centre National de l' Informatique et des Statistiques
CNPSR : Centre National de Prévention et de Sécurité Routière
CP: Crédit de Paiement
CREAD : Centre de Recherche en Economie Appliquée pour le Développement
CRS : Conseil Régional de la Santé
CTR : Comité Technique de Remboursement
DCI : Dénominations Communes Internationales
DGD : Direction Générale des Douanes
DHA : District Health Authorities (Administration Régionale de la Santé Publique)
DNS: Dépenses Nationales de Santé
DRG: Diagnostic Related Group (Groupe Homogène de Maladies)
DSP : Direction de la Santé et de la Population
DUR: Drug Utilization Review (Guide pour une meilleure Utilisation des Médicaments)
EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé
EPA : Etablissement Public à caractère Administratif
EPCS : Etablissement Public à Caractère Spécifique
EPE : Entreprise Publique Economique
EPGS : Etablissement Public à Gestion Spécifique
EPH : Etablissement Public Hospitalier
EPIC : Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial
EPSP : Etablissements Publics de Santé de Proximité
FMI : Fonds Monétaire International
FNUAP: Fonds des Nations Unis pour la Population
GHM : Groupe Homogène de Maladies
GPFH: General Practice Fund Holders (Médecins Généraux Détenteurs de Fonds)
HMO: Health Maintenance Organization (Organisme de Gestion des Dépenses de Santé)
HT: Hors Taxes
INSP : Institut National de Santé Publique
IPA : Indicative Prescription Amount (Montant Indicatif des Prescriptions)

IPA : Institut Pasteur d'Algérie
LFC : Loi de Finances Complémentaire
MACIF : Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France
MENA: Middle East and North Africa (Moyen-Orient et Afrique du Nord)
MF : Ministère des Finances
MSP : Ministère de la Santé Publique
MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NHS : National Health Services (Système de Sécurité Sociale Anglais)
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMC : Organisation Mondiale du Commerce
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONS : Office National des Statistiques
OPU : Office des Publications Universitaires
ORS : Observatoire Régional de la Santé
OTC: Out of The Counter (Automédication)
PACT: Prescribing Analysis and Cost Tabulation (Table d'Analyse des Prescriptions et des Coûts)
PAS: Plan d'Ajustement Structurel
PBM: Pharmaceutical Benefit Managers (Administration en charge des Programmes de Prescriptions Médicamenteuses)
PCA : Pharmacie Centrale Algérienne
PCT : Pharmacie Centrale de Tunisie
PIB : Produit Intérieur Brut
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA : Prix Public Algérien
PPRS : Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme (Schéma de Régulation des Prix des Produits Pharmaceutique)
RMO : Références Médicales Opposables
SAA : Société Nationale d'Assurance
SMR : Service Médical Rendu
SNAPO : Syndicat National Algérien des Pharmacie d'Officine
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TSE : Transferts pour Soins à l'Etranger
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UMA : Union du Maghreb Arabe
UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
UNOP : Union National des Opérateurs de la Pharmacie

PLAN

Pages

Dédicaces	I
Remerciements	II
Liste des abréviations	III
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : LES OUTILS DE REGULATIONS DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE	6
Introduction	6
I. LA MAITRISE COMPTABLE DES DEPENSES DE SANTE	7
II. LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE	27
III. LA MAITRISE PAR LE MARCHE DES DEPENSES DE SANTE	40
Conclusion	50
CHAPITRE II : L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE	51
Introduction	51
I. L'HOPITAL ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE	52
II. LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE	68
III. LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE	93
Conclusion	107
CHAPITRE III : LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE	108
Introduction	108
I. LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LES PRINCIPAUX ACTEURS DANS LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN	108
II. LES SOURCES DE FINANCEMENTS DE LA SANTE EN ALGERIE	113
III. LE COUT DE LA SANTE EN ALGERIE	128
VI. LES SOURCES ALTERNATIVES DE FINANCEMENT	137
CONCLUSION	144
CONCLUSION GENERALE	145
Liste des tableaux	151
Liste des graphiques	152
Bibliographie	153
Liste des annexes	163

INTRODUCTION GENERALE

Au cours des trois dernières décennies, l'augmentation plus rapide des dépenses de santé par rapport au Produit Intérieur Brut (PIB) et les difficultés croissantes et récurrentes qu'éprouvent les organismes de la Sécurité sociale, de la plupart des pays du monde, à faire face à leurs engagements, dans un contexte difficile d'une économie mondialisée, ont conduit à ce que les bienfaits de la régulation des dépenses de santé soient mises en avant.

Pendant longtemps, l'accroissement de la proportion du PIB consacrée à la santé était considéré, à tort, comme un atout pour les populations assurées. Mais peu à peu s'est dégagée l'idée que l'amélioration de l'état de santé des citoyens n'est pas seulement tributaire du niveau des dépenses ni même du niveau des ressources consacrées au secteur de la santé et qu'il fallait par conséquent, instaurer des outils de régulation pour ne pas laisser ces dépenses croître indéfiniment.

Partout dans le monde, la maîtrise des dépenses de santé est devenue une question fréquente dans le débat politique des candidats aux élections. Un phénomène commun commence à se répandre, il s'agit des réformes qui se succèdent en un espace de temps très réduit, l'on entend parler de la réforme Seehofer, Dekker, Blûm, Thatcher, Blair, Juppé, etc. Toutes ces réformes ont mis en place des mécanismes de régulation ayant pour objectif d'obtenir l'équilibre financier de la Sécurité sociale et la maîtrise des dépenses de santé.

Avec quelques dissimilitudes par rapport aux pays développés, l'Algérie a connu l'émergence du problème des coûts de la santé et de leur évolution alarmante à partir de la fin des années 1980, suite au ralentissement de la croissance économique et à la contraction des ressources nationales ainsi qu'aux difficultés de financement des caisses de la Sécurité sociale. Les cotisations sociales représentaient, pendant cette période, l'essentiel des recettes de l'assurance maladie. L'importance de la masse salariale s'est amenuisée, encore davantage, lors de l'application du Plan d'Ajustement Structurel.

Même si les dépenses de santé en Algérie (4% du PIB) n'ont pas progressé au même rythme que celui enregistré dans les pays industrialisés (en moyenne 14% PIB), il n'en demeure pas moins que d'énormes moyens ont été investis, surtout depuis le plan de la relance économique (30 milliards de dinars pour le programme 2005-2009) et que les dépenses de santé ont été multipliées par vingt en vingt ans. Elles ne représentaient que 800 millions dinars en 1984 et elles ont atteint 18 milliards dinars en 2004.

C'est pour cette raison que les pouvoirs publics ont décidé de faire de la « maîtrise des dépenses de santé » un objectif prioritaire pour freiner l'expansion de ces dépenses et arrêter, par là même, l'hémorragie des caisses de la Sécurité sociale. A cet effet, des outils de régulations ont été mis en œuvre et plusieurs réformes ont été entreprises tant par l'Etat que par la Sécurité sociale depuis plus d'une décennie. Des projets modernes et très coûteux ont été lancés à l'instar de la carte *Chifa*, la contractualisation et l'introduction de nouveaux modes de gestion des établissements hospitaliers, et ce, pour permettre de mieux piloter les remboursements, d'avoir une meilleure organisation du système national de santé et pour maîtriser les dépenses de santé.

Par ailleurs, l'objectif de la maîtrise des dépenses de santé ne doit pas être confondu. Il ne s'agit pas, en fait d'un rationnement, mais au contraire, d'un mode de régulation qui conduit à privilégier les dépenses les plus utiles et indispensables au détriment de celles superflues ou inutiles. Tout économiste sait que les besoins sont souvent illimités, alors que les moyens pour satisfaire les dits besoins sont, au contraire, limités. C'est là que se manifeste le besoin de contrer l'évolution rapide des dépenses de santé afin de ne pas subir un rationnement insidieux.

Le présent mémoire a donc pour but de faire ressortir, en partie, en analysant les différents outils de régulation dont l'Etat dispose, les limites des moyens mis en place pour que le système de santé algérien puisse parvenir à une maîtrise des dépenses de santé. Le travail de recherche a pour objet de mettre en exergue l'existence de plusieurs logiques de régulation et de maints instruments de maîtrise des dépenses de santé.

Nous verrons par conséquent, s'il existe des voies pour mieux maîtriser les dépenses de santé sans pour autant remettre en cause la qualité des soins et sans faire recours au rationnement. Ainsi, dans ce travail, nous nous intéressons à l'étude de l'évolution des dépenses de santé. L'objet que nous assignons consiste en une modeste réflexion sur une maîtrise des dépenses de santé qui pourrait éviter l'accroissement des dépenses de santé sans créer des barrières financières à l'accès aux soins pour les plus démunis.

A cet effet, nous essayons de répondre à une question principale : **quelles sont les rubriques de dépenses de santé qui pèsent lourdement sur le budget de l'Etat et de la Sécurité sociale ? Et quels sont les outils de régulation mis en œuvre par les pouvoirs publics pour maîtriser l'évolution de ces dépenses?**

Un certain nombre de questions en relations avec notre thème méritent d'être posées, il s'agit de savoir :

- Quelle est la tendance des dépenses de santé en Algérie ? Selon quel mode de régulation l'Etat a agi pour stabiliser ces dépenses sans autant sacrifier les principes même de la Sécurité sociale qui sont la solidarité et l'accessibilité pour tous ?
- Quels sont les moyens susceptibles d'assurer une gestion rationnelle des dépenses de santé ?
- Quelles sont les autres sources de financements de l'assurance maladie qui pourraient contribuer à la maîtrise des dépenses de santé ?

Selon toute vraisemblance, en analysant les différentes rubriques de dépenses, nous pouvons axer nos efforts sur un poste de dépenses qui semblent être le maillon fort de toute réforme. Des économies substantielles semblent être possibles à réaliser en arrêtant certaines pratiques coûteuses que ce soit au niveau de la politique pharmaceutique ou au niveau des organismes en charge de la Sécurité sociale ou au niveau des établissements publics hospitaliers.

Notre objectif à travers ce mémoire est d'identifier, d'une part, les dépenses de santé les plus budgétivores, et d'autre part les moyens utilisés par l'Etat pour la régulation de ces dépenses. Nous nous basons sur un certain nombre d'hypothèses susceptibles de contribuer, modestement, à une maîtrise des dépenses de santé :

1. Nous estimons que les médicaments constituent le maillon fort pour toute éventuelle réforme, par conséquent, une politique adaptée de médicaments générique, considérées comme 30% moins chers que le princeps, peut contribuer à réaliser de substantielles économies pour la Sécurité sociale et avoir un impact positif sur la maîtrise des coûts des médicaments; notre hypothèse consiste à alléger le poids des médicaments, considérés comme la rubrique la plus budgétivore du système de santé Algérien, en instaurant une politique de promotion du médicament générique.
2. Nous estimons également que l'Etat utilise les outils de régulations qui agissent davantage sur la demande pour financer les dépenses de santé, c'est pour cette raison nous considérons que d'autres techniques de financement de la santé basées sur des taxes additionnelles sur l'alcool, le tabac et toute autre activité nuisible à la santé, peuvent représenter de nouveaux gisements pour augmenter les ressources financières des organismes en charge de la Sécurité sociale. Notre hypothèse consiste à trouver de nouvelles sources de financements susceptibles d'accroître les ressources financières

de l'assurance maladie au lieu de recourir aux outils de régulations qui s'appuient beaucoup plus sur la maîtrise de la demande.

Pour mener à bien notre travail nous avons eu recours à la consultation de différents fonds documentaires : ouvrages de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS de Genève), ouvrages d'économie de la santé disponibles au niveau d'Ecole Nationale de la Santé Publique et au niveau de plusieurs bibliothèques universitaires à l'échelle nationale, la documentation du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), les rapports du Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Planification (CNEAP), les études du Conseil National Economique et Social (CNES) et celle de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS), le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, les archives de la presse écrites, les revues, etc.

Il convient toutefois de préciser, que notre mémoire s'est heurté à une indigence avérée d'informations notamment statistiques intensifiées d'une grande hétérogénéité de quelques sources disponibles et de la diversité des bases de données totalement différentes les unes des autres, assez caractéristiques de la situation des institutions algériennes. Quant aux données statistiques officielles, celles-ci posent problème de la continuité et de la pauvreté des éléments recueillis même au niveau de l'OMS de Genève et du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

Nous avons eu également des entretiens semi-directifs avec plusieurs responsables du secteur : les organismes de la Sécurité Sociale, les hôpitaux, les deux ministères (la santé et la Sécurité sociale), il faut dire que les entretiens étaient d'un grand apport même si nombreux responsables restaient distants. Certains d'entre eux n'ont même pas donné de retour à nos appels de prises de contact ce qui nous a poussés à abandonner en cours de route certains aspects de notre travail. Nous avons, malgré tout, pu trouver des personnes intéressées, notamment au niveau du MSPRH qui ont été prêtes à nous accorder leur confiance.

En fonction de la disponibilité des données, nous avons structuré notre travail autour de trois chapitres :

Le premier chapitre se veut être théorique, il expose et analyse les différents outils de régulation des dépenses de santé. Nous essayions de connaître les différents moyens d'action dont disposent les pouvoirs publics dans le domaine de la maîtrise des dépenses de santé. A la fin de chaque instrument de maîtrise, un diagnostic est fait sur les limites que chaque outil peut présenter, et ce, pour en saisir la quintessence.

Ce chapitre se fixe, en fait, pour axe principal, l'aspect théorique de la maîtrise des dépenses de santé. Il ne prétend pas être exhaustif mais s'efforce de répertorier, tout en se plaçant dans un contexte algérien, les différents outils de régulation de la dépense, à la lumière de ce qui se passe dans d'autres pays. Pour mener à bien notre travail, nous nous appuyerons essentiellement sur les principaux textes de loi concernant la régulation des dépenses de santé.

Le deuxième chapitre a trait à une tentative d'analyse de l'évolution des dépenses de santé. Nous essayons de déceler la nature des principaux surcoûts, et leurs origines. Il s'agit, en fait de repérer d'éventuelles dépenses qui sont à l'origine d'absorption d'importantes ressources financières. Il s'agit de chercher les économies les plus substantielles à réaliser au sein du système de santé algérien, que ce soit à l'hôpital, à l'importation des médicaments, ou au remboursement des soins de santé par les organismes de la Sécurité sociale. Le but de chapitre est de répondre à la première partie de notre problématique qui consiste à identifier les principaux facteurs de la croissance des dépenses de santé.

Nous allons ignorer certaines questions relatives à bon nombre de dépenses qui peuvent être considérées comme incompressibles et qui sont liées à des facteurs qui ne dépendent ni des institutions en charge de la santé ni même de la politique sanitaire de l'Etat. Il s'agit, par exemple de la croissance démographique, l'allongement de l'espérance de vie, le progrès de la médecine, l'apparition de nouvelle pathologie lourdes, l'évolution des besoins de la population, etc. De même et compte tenu des difficultés rencontrées quant aux statistiques liées à la santé, il nous est impossible d'envisager la totalité des problèmes posés. Ce chapitre se présente, alors, comme une mise en exergue des principales dépenses de santé.

Le troisième chapitre a pour objectif d'étudier le financement du système de santé algérien car les dépenses de santé ne deviennent insoutenables que lorsque le financement fait défaut. Si dans le premier chapitre nous essayons de lister les différents outils de régulation que peuvent utiliser les pouvoirs publics pour agir sur le comportement des usagers pour réduire le taux de prise en charge et les responsabiliser à modérer leur consommation en soins de santé, dans ce chapitre nous essayons de parler, également, du financement de la santé qui peut tenir compte des comportements des ménages et des entreprises dans la prise en charge des dépenses de santé et dans leur contribution au financement de la santé. Le but de chapitre est de répondre à la deuxième partie de notre problématique qui consiste à déterminer les outils de régulations utilisés par l'Etat et la Sécurité sociale pour financer les dépenses de santé.

CHAPITRE I

CHAPITRE I : LES OUTILS DE REGULATIONS DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE

INTRODUCTION

Plusieurs économistes (Béjean S, Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur, Mougeot M) se sont intéressés aux outils pouvant contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Dans ce cadre, plusieurs réflexions ont vu le jour : il y a celles qui se limitent aux outils de régulations des dépenses de santé en agissant soit sur l'offre soit sur la demande, d'autres auteurs proposent, par contre, des classifications plus détaillées, à titre d'exemple, les auteurs du livre : « *le livre blanc des systèmes de santé et d'assurances maladie* » font état d'une panoplie d'outils de régulation des dépenses de santé, il s'agit de : la responsabilisation des assurés, l'encadrement des prix, la régulation médicalisée, la régulation financière, la régulation quantitative et la régulation incitative par le mode de rémunération des professionnels de santé.

Après une lecture approfondie de maints ouvrages, nous nous sommes appuyés sur les instruments d'actions les plus répandus et nous avons dégagé une classification relativement différente par rapport à celles citées dans d'autres ouvrages de l'économie de la santé, et ce, en distinguant trois conceptions de régulation des dépenses, l'une se basant sur les outils et les moyens par lesquels une administration de santé tente de piloter l'ensemble de son système de santé. Il s'agit de la « *maîtrise comptable* » qui illustre la permanence du rôle de l'Etat dans les politiques de régulations sanitaires. Elle est d'inspiration interventionniste et vise à donner à l'Etat de réelles responsabilités politiques et financières. L'autre étant supposée relever d'une logique relative aux soins les plus économiquement avantageux, il s'agit de la « *maîtrise médicalisée* ». La troisième étant d'inspiration libérale, elle conduit à confier plus de souplesse aux acteurs de santé. Elle est représentée comme la solution idoine pour une meilleure allocation des ressources qui se focalise sur les jeux de la concurrence, il s'agit de la « *maîtrise par le marché* ».

Nous examinons, par conséquent, dans ce qui suit, les trois modes de régulation des dépenses de santé à savoir:

- La maîtrise comptable des dépenses de santé ;
- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé;
- La maîtrise par le marché des dépenses de santé.

I. LA MAÎTRISE COMPTABLE DES DEPENSES DE SANTE

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 les enveloppes de soins à allouer. La procédure de détermination des budgets revêt une forme administrative et comptable. La recherche de l'équilibre entre les ressources et les dépenses de santé en est le principal objectif.

Cette méthode s'appuie, de ce fait, sur des outils de régulation administrés dont le fondement est de maîtriser voire contenir la croissance des dépenses de santé. La planification et la budgétisation en sont les principaux instruments. Les dépenses de santé sont, par conséquent, définies à partir des ressources dont le pays dispose, d'une part, et du montant que le pays souhaite allouer à la santé, en fonction des priorités de ses actions sociales, d'autre part. Il nous est impossible d'énumérer d'une manière exhaustive tous les outils de régulation comptable mais les différentes techniques de maîtrise comptable les plus répandues peuvent être résumées comme suit :

- La planification et la maîtrise de l'offre;
- La maîtrise de la demande ;
- Les outils de budgétisation ;
- Les prix administrés.

1. 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'existence d'une demande induite par l'offre¹. Selon cette théorie, l'offre de soins, la densité de médecins et l'augmentation du nombre de lits conduisent toutes à augmenter les dépenses de santé. Plus l'offre augmente plus la demande augmente.

En effet, des études dans le domaine de l'offre des soins ont montré qu'une augmentation de l'offre en médecin mènerait, certainement, à une augmentation de la demande de soins. C'est ainsi que pour deux populations aux caractéristiques épidémiologiques et sanitaires semblables, les auteurs (Jacobzone. S, Rochaix.L) ont

¹ La théorie de la demande induite a été développée par Rochaix. L dans « *la fonction de demande de soins : l'arlésienne du marché ?* » Risques 1995. La définition de la demande induite proposée par Rice [1983] inclut même l'asymétrie d'information. Il définit la demande induite comme « *la capacité du médecin à choisir une quantité (ou une qualité) de traitements différente de celle qui serait choisie par le patient si celui-ci était parfaitement informé* ».

enregistré une demande en santé nettement supérieure pour la population dont la densité médicale est la plus importante².

Il apparaît de ce fait, que la régulation de l'offre se justifie par le constat qu'en matière médicale, la demande suit la variation ou la tendance de l'offre. En fait, il existe une corrélation positive entre l'offre de soins (densité médicale, nombre de lits - hôpitaux) et les dépenses de santé.

Pour cela, un certain nombre d'outil de régulation doit être conçu et mis en place pour aboutir à une involution des dépenses de santé par le biais d'une planification et le contrôle de l'extension du nombre de lits et des professionnels de la santé. Nous examinerons dans ce qui suit les deux outils les plus utilisés pour maîtriser l'offre des soins, il s'agit de :

- La carte sanitaire ;
- Le numerus clausus.

1.1 La carte sanitaire : outil de planification quantitative sanitaire

La carte sanitaire est considérée comme étant un outil de planification quantitative, dans la mesure où elle détermine la nature et l'importance des moyens, des installations et des équipements sanitaires à mettre en place dans une région ou dans un territoire. Elle s'apparente à un système de gestion centralisé des investissements et des moyens matériels. Elle est établie sur la base des besoins de la population, présentement définis et de leur évolution future.

Elle a pour but de répondre aux besoins de la population en matière de structure de soins de santé, d'une part, et de moduler l'offre publique et privée des soins, d'autre part. A cet effet, aucune nouvelle autorisation de création ou de changement de statut d'un établissement de santé n'est accordée, si elle est en contradiction avec les objectifs fixés par la carte sanitaire. En somme toute extension du réseau doit obéir à un schéma directeur, relatif aux implantations sanitaires.

En Algérie, une carte sanitaire a été mise en place en 1982, comme principal outil de régulation et de modulation³ de l'offre publique. Elle avait pour visée de

² Jacobzone S, Rochaix L « *l'hypothèse de la demande induite* »: un bilan économique, Revue Economie et prévisions n° spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé, n°129-130, 3ème et 4ème trimestre, juillet 1997, page 25. Les études menées montrent qu'une offre d'un médecin en plus, dans un village où il y'a deux médecins conduirait à une augmentation du nombre de consultations des campagnards, c'est ainsi que pour deux populations qui ont presque les même caractéristiques sanitaires, la demande en santé se trouve nettement supérieure pour la population qui compte le plus de médecin.

réduire les inégalités quant à l'accès aux soins de santé et de corriger les disparités régionales existantes, résultant de la concentration des moyens, héritée de l'ère du colonialisme, surtout dans les grandes villes (Alger, Oran et Constantine).

La carte sanitaire découpait, avant, le territoire national en treize (13) régions sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayas, et hiérarchise le système de soins en quatre (4) niveaux : A (soins hautement spécialisés, B (soins spécialisés), C (soins généraux), D (soins de premier recours). A partir de 1996, l'on ne retient que cinq (5) régions sanitaires (Centre « Alger », Est « Constantine », Ouest « Oran », Sud-est « Bechar », Sud-ouest « Ouargla »).

Paradoxalement aux objectifs censés être atteints à travers la carte sanitaire, en Algérie, son efficacité demeure contestée, *« si l'on examine les résultats de la politique de santé à la lumière de la seule croissance de l'offre globale des moyens sanitaires, réels et financiers, on aboutit en général à des conclusions pessimistes et à la forte inefficacité productive des moyens les plus onéreux, qui y sont affectés. »*⁴, en effet, et suivant des considérations souvent autres qu'économiques, la carte sanitaire que l'on met en place, entraîne la multiplication anarchique voire démesurée de l'offre des moyens matériels (Oufriha F.Z)⁵ des hôpitaux et autres structures de santé.

Les ratios de couvertures sanitaires selon les normes établies par cette même carte n'ont pas arrivé à avoir une prise en charge des besoins réels de la population en raison de manque de moyens humains et financiers (Kaïd Tlilane N)⁶.

Outre la levée des contraintes liées aux autorisations d'installation et le zoning supprimé dès 1986. Les autorisations d'ouverture de cliniques privées qui sont accordées à partir de 1990, sont souvent sans rapport avec les normes⁷ adoptées par la carte sanitaire. Cette situation anarchique, s'est aggravée davantage, avec la non-mise à jour de la carte sanitaire pour répondre adéquatement, à la demande en soins de santé, ce qui a laissé *« les collectivités locales libres de décider d'implantation de*

³ L'article 9 du journal officiel du 17 février 1985 stipule : *« la création des différents types de structures sanitaires se fait selon les besoins de santé de la population et les caractères socio-économiques des différentes régions du territoire national, et les normes définies dans la cadre de la carte sanitaire ».*

⁴ Oufriha F.Z : *« Les réformes du système de santé en Algérie »* de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins CREAD page 97.

⁵ Oufriha F.Z : *« Système de santé et population en Algérie »* P 57. Édition CREAD 2008

⁶ Kaïd Tlilane N : *« le service public local au service du développement durable »* In Marché et Organisations, sous le titre Développement durable et responsabilité sociale des acteurs, édition L'Harmattan 2009.

⁷ Les normes de la mise en place d'une carte sanitaire doivent obéir à certains ratios déterminés par l'OMS en tant que références, il s'agit en fait, d'indice-lits et d'indice-médecins par nombre d'habitants. Selon Oufriha F Z *« les chiffres disponibles montrent que non seulement les moyens sanitaires ont accompagné une très forte croissance démographique, mais qu'ils l'ont même devancée »* op cité P 73.

structures sanitaires publiques, souvent inadaptées, et les autorités sanitaires libres d'autoriser la création de structures privées sur des zones déjà saturées »⁸.

La répartition déconcertée des structures sanitaires et la démographie médicale sont devenues de ce fait, le handicap majeur pour assurer une meilleure répartition spatiale et réduire les disparités régionales (*but recherché par la carte sanitaire*), ces dernières ne peuvent pas être dissimulées. Force est de constater, que dans les contrées lointaines, déshéritées, isolées ou défavorisées, ces dernières ne bénéficient pas convenablement, des programmes de prévention et des soins de santé de base.

Les prestations relevant des structures hospitalières publiques ou privées sont inégalement réparties selon qu'il s'agisse des wilayas du Nord ou du Sud ou des petites ou de grandes villes et même de la zone urbaine ou rurale : les insuffisances observées sont dues particulièrement à l'inadaptation des moyens aux missions. S'agissant des soins spécialisés, les inégalités, liées essentiellement à des facteurs géographiques et socioéconomiques, sont encore plus marquées. Des dysfonctionnements sont souvent accentués par l'absence de médecins spécialistes, dans les zones défavorisées, ce qui pousse les patients à se diriger vers les grands centres urbains⁹.

En effet, les inégalités les plus criantes s'observent dans la répartition des professionnels de santé. Il existe de grandes disparités entre les régions : 1 médecin généraliste pour 2103 habitants à Adrar à 1 médecin pour 494 habitants à Annaba et Oran (2006). On compte, également, en moyenne, 1 spécialiste pour 860 habitants à Alger et 1 pour 17 800 à Tissemsilt¹⁰.

Ces écarts sont, essentiellement, dus au fait que les praticiens ne souhaitent pas s'implanter dans les régions rurales et préfèrent se concentrer dans les grandes villes, il en est de même pour le secteur privé dont l'installation est non maîtrisée par les pouvoirs publics. Le développement actuel des cliniques privées nous donne une idée sur d'éventuelles inégalités d'accès à l'hospitalisation. A titre illustratif sur 152 cliniques recensées en 2003, seulement 110 se trouvaient dans le Centre et l'Est et 42 dans l'Ouest et le Sud (statistiques sanitaires 2006).

⁸ Réforme hospitalière rapport final septembre 2003.

⁹ Kaïd Tlilane N : « *le service public local au service du développement durable* » In Marché et Organisations, sous le titre Développement durable et responsabilité sociale des acteurs, édition L'Harmattan 2009. L'auteur propose de surcroît pour résoudre ce problème et améliorer l'accès aux soins en milieu rural d'organiser le transport vers le lieu de soins surtout quand l'offre de transport peut s'avérer insuffisante voire inexistante.

¹⁰ Crevel C : « *Le marché de la santé en Algérie* », mission économique, Version originelle du 2 février 2004.

1.2 Le numerus clausus

Un numerus clausus signifie en latin « *un nombre fermé* »¹¹, il s'agit, en fait, d'un nombre limité de personnes à qui on donne un droit d'accès à l'exercice d'une profession. Dans le secteur des soins de santé, cette régulation a notamment pris la forme d'une limitation du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine et de pharmacie.

C'est un moyen qui permet d'endiguer par une sélection sévère, l'afflux des étudiants vers la médecine et la pharmacie. Partout dans le monde, l'accès aux professions de santé a été graduellement règlementé, toujours dans le but de contenir et de ne pas laisser se développer une offre de santé, qui pourrait influencer la démographie médicale.

L'instauration des restrictions quant au nombre des professionnels de santé contribuerait à maîtriser les dépenses. Le numerus clausus part de l'hypothèse qu'en limitant le nombre de professionnels de santé, on limite la demande et la consommation de biens de santé. Cette technique permet, en effet, de limiter les occasions de dépenses de santé en réduisant l'offre de santé elle-même et en freinant la démographie médicale.

En Algérie, nous ne disposons pas de statistiques ou textes de lois qui définissent clairement l'importance de cette régulation pour contenir la dérive des dépenses de santé, mais nous pouvons dire que l'accès est encadré par la forte moyenne exigée pour pouvoir poursuivre une formation en médecine ou en pharmacie et aussi par le nombre de places pédagogiques.

Quant à l'installation à titre privé ainsi qu'au choix du lieu d'installation, nous pouvons dire qu'à partir de 1988, tous les obstacles institutionnels ont été graduellement levés. Les investisseurs sont expressément autorisés à créer des cliniques privées.

Pour les officines pharmaceutiques, le numerus clausus n'a pas été respecté depuis l'abrogation de l'arrêté de 1990¹², les normes d'un pharmacien pour 5000 habitants d'une grande ville et celles d'une officine pour 4500 habitants d'une ville moyenne sont bafouées. Aujourd'hui, on tourne avec un pharmacien pour 3 141

¹¹ Voir www.wikipédia.fr

¹²L'abrogation de l'arrêté n°10 du 10 avril 1990, modifiant l'arrêté n°110 du 27/11/1996 fixant les conditions d'installation, d'ouverture et transfert d'une officine de pharmacie.

habitants¹³. Le nombre d'agences pharmaceutiques était de 2 240 en 1990, il passe à 5 589 en 1996 et à 6 078 en 2000.

Cependant, le jugement rendu, en l'audience publique tenue le 9 juillet 2001 par la première chambre du Conseil d'Etat s'est prononcé sur l'annulation de l'arrêté ministériel n°10 du 10 avril 1999, modifiant l'arrêté n°110 du 27 novembre 1996, fixant les conditions d'installation, d'ouverture et de transfert des officines pharmaceutiques. Cette annulation de l'arrêté provoque le rétablissement du numerus clausus comme l'une des conditions à toute nouvelle installation ou transfert d'officine, ce qui permettra aux instances chargées du dossier d'installation d'officine de statuer sur les ouvertures, dans le cadre du numerus clausus.

Les médecins eux aussi, ne semblent pas subir un numerus clausus sévère, l'augmentation de leur nombre nous renseigne sur l'importance de la démographie médicale. En 1962, l'Algérie dénombre 342 médecins, soit un pour 25 463 habitants et un chirurgien dentiste pour 72 848 habitants, en 1999 le recensement donne des chiffres tout à fait effarants : 28 100 praticiens et 8620 chirurgiens¹⁴ et un professionnel de santé pour 2 515 habitants. En 2008 on compte 1 médecin généraliste pour 786 habitants et 1 médecin spécialiste pour 2000 habitants¹⁵.

2. 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 à payer, d'autant plus que selon la théorie de la demande, les soins médicaux relèvent de la catégorie des biens de luxe (élasticité > 1)¹⁶.

Cette méthode consiste en un déremboursement, ou plus exactement, en la non-prise en charge des actes ou des produits non classés comme soins de santé. Il s'agit, notamment, des traitements antiride, des chirurgies esthétiques ou d'autres soins dont l'efficacité thérapeutique est incertaine voire contestée.

¹³ Ouchefoun A et Anane T « de l'histoire de la médecine algérienne » « la formation médicale en Algérie depuis l'indépendance : bilan et perspectives » in Santé tropicale.

¹⁴ Zenhati A : « Contribution à l'étude du médicament en Algérie » mémoire de magister INPS Alger 2002.

¹⁵ Ouchefoun A et Anane T op cite, et données du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

¹⁶ Newhouse 1977, Culyer 1990 Gerdtham et Alii 1988, selon ces auteurs, il y'a une corrélation positive entre dépenses de santé et PIB par tête les élasticités revenus prenant des valeurs de 1,18 à 1,47. Une hausse de 1% du revenu se traduira par une hausse de plus de 1% des dépenses de santé, lesquelles augmentent donc proportionnellement plus que le revenu.

Elle vise à atténuer les effets de *l'aléa moral ex post*¹⁷, liés au mécanisme assurantiel, et lutter par là même, contre la surconsommation des soins. Elle s'appuie sur le principe que la participation des patients aux dépenses de santé entraînerait une moralisation du risque et une responsabilisation des usagers. A travers ce mécanisme de responsabilisation pécuniaire, même les effets négatifs de *l'aléa moral ex ante*¹⁸ (Ehrlich et Becker 1972) peuvent être atténués. L'assuré se trouve alors, incité à dépenser plus pour les activités de prévention.

La responsabilisation des assurés peut prendre plusieurs formes, les plus utilisées sont les suivantes :

- Le ticket modérateur ;
- Le tarif de référence ;
- Le déremboursement de médicaments.

2.1 . Le ticket modérateur

Il s'agit du principal mode de responsabilisation des usagers et de lutte contre les abus de surconsommations des soins de santé des assurés. Il a pour but de corriger les comportements des patients dans le sens d'un meilleur usage des soins. Appelé aussi franchise, dans le jargon des mutuelles d'assurances, *le montant restant à la charge*¹⁹ de l'assuré et de l'adhérent est calculé respectivement sur la base d'un pourcentage de dépenses non remboursable et d'un montant (annuel dans le cas des mutuelles) de dépenses, en deçà de ce montant, il n'y a pas de remboursement.

Ticket modérateur ou franchise fonctionnent, tous les deux, comme des outils de régulation incitant à modérer la consommation de soins de santé, l'utilisateur même couvert, exposé aux conséquences financières de son comportement, devient alors sensible aux prix.

¹⁷ Il y'a « *aléa moral ex post* » lorsqu'un individu fait moins attention au coût de réparation du dommage et s'adonne à une surconsommation des soins et des médicaments, l'aléa moral s'applique aussi, aux médecins, qui sachant que leur client est couvert, risquent de prescrire les médicaments les plus chers et même choisir des modalités de soins les plus prohibitives voire superflues.

¹⁸ Il y'a « *aléa moral ex ante* » lorsqu'un individu s'adonne à un comportement moins prudent, il s'agit par exemple des assurés qui sachant, qu'ils sont couverts en cas de survenance d'un risque maladie; ne réalisent aucun investissement pour diminuer son risque, en effet, la présence de l'assurance décourage l'autoprotection (au sens de Ehrlich et Becker 1972).

¹⁹ Le ticket modérateur est complètement à la charge de l'assuré. Exemple : Le tarif de convention du médecin généraliste est de 100 DA (prix de sa consultation). La Sécurité sociale rembourse 80% du tarif de convention, soit 80 DA. La différence est le ticket modérateur : 100 - 80 = 20 DA.

En Algérie, le ticket modérateur a été institué en 1995, en application de l'article 165 de la loi de finances, qui prévoit une participation²⁰ 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 payants²¹ en partie.

Quant à la prise en charge des médicaments, la Sécurité sociale, en Algérie, prévoit un ticket modérateur de l'ordre de 20%²² puisque l'article 5 de la loi du 2 juillet 1983 stipule que «*Dans les structures autres que les structures sanitaires publiques, le montant des frais prévus et réglés par l'assuré est remboursé par l'organisme de Sécurité Sociale sur la base de 80 % des tarifs fixés par voie réglementaire*». A cet effet, les médicaments prescrits sur ordonnance sont remboursés aux assurés à concurrence de 80 % de leur prix d'acquisition (abstraction faite du tarif de référence).

Cependant, l'effet du ticket modérateur, comme un outil de maîtrise de la demande, peut ne pas avoir les résultats escomptés et peut même être insignifiant et risque d'être sans effet sur les riches, en fait, il ne peut être dissuasif que pour les bas revenus mal couverts par des assurances groupe ou des assurances complémentaires auprès des assurances économiques ou des mutuelles de santé. «*Même la franchise risque d'être sans effet sur les riches et pénalisera les plus pauvres, jusqu'à les décourager de se soigner en temps utile, surtout si les effets de franchise sont concentrés en début d'année* »²³. Ce qui aggrave encore davantage l'inégal accès aux soins.

Il convient de signaler, par ailleurs, que moyennant un taux de cotisation de 1,5 % du salaire du poste soumis à la cotisation de la sécurité sociale. Les adhérents d'une mutuelle²⁴ peuvent bénéficier d'un complément de 20 % des remboursements (prestation en nature) non pris en charge par la CNAS et un complément indemnités journalières (prestations en espèces). De même d'autres prestations à caractère

²⁰ Arrêté interministériel du 7 janvier 1995 fixe le montant de 100 DA pour la journée d'hospitalisation et les consultations spécialisées et 50 DA pour la consultation de médecine générale.

²¹ Déjà en 1984, la suppression de la distribution gratuite des médicaments est intervenue au niveau des structures extra hospitalières. La loi du 17/02/1985 prévoit la possibilité de faire contribuer les usagers au financement de la santé (article 231).

²² Il est à signaler que les tarifs officiels sont déconnectés des honoraires, qui sont maintenus à un niveau très bas et restent non actualisés depuis 1987.

²³ Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur (1994) : « *Le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie* » Paris, La Documentation Française. Selon Soubie R page 195 : « *une participation uniforme des assurés n'aboutit pas à les responsabiliser. Elle pénalise certains assurés, mais elle n'en responsabilise aucun* », il propose une modulation de cette participation en fonction du revenu.

²⁴ Les mutuelles sociales sont régies par la loi 90.31 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90.33 du 25/12/1990 relative aux mutuelles sociales modifiés et complétés, elles sont au nombre de 35.

spécifique sous forme d'aide en nature ou en espèce pourraient être, également, accordées dans des occasions (mariage, naissance, circoncision, etc.)

Les mutuelles, à notre avis, ne doivent pas prendre en charge le ticket modérateur. En effet, l'existence d'assurance complémentaire fait disparaître la contrainte de revenu (Majnoni d'Intignano, 2001)²⁵. Elle est elle-même *génératrice de l'aléa moral*²⁶, dans la mesure où elle préserve le consommateur de soins des conséquences pécuniaires directes de son comportement, d'où l'idée d'un ticket modérateur non assurable.

Les mutuelles et les assurances économiques doivent proposer, à notre avis, des produits d'assurance qui ne sont pas garantis ou ils sont mal remboursés par les assurances maladie (la lunetterie, la dentisterie, etc.), dans ce cas, les assurances économiques et les mutuelles joueraient un rôle d'assurance supplémentaire. Elles peuvent soit financer des risques non couverts, soit donner l'accès à une qualité supérieure, soit couvrir les extras qui ne sont pas couverts par les forfaits de prestations de base ou les services non assurés par les établissements publics de santé.

2.2 Le déremboursement ou la suppression du remboursement de certains médicaments

C'est une méthode qui consiste à freiner l'hémorragie des caisses de la Sécurité sociale, causée par la prise en charge, souvent coûteuse des médicaments. Il s'agit d'une liste, qui prend plusieurs dénominations (liste négative, liste positive, liste noire) en fonction des pays²⁷. En fait, cette méthode, même si elle revêt une forme de régulation comptable s'appuie sur des considérations purement médicales. Il peut s'agir, par exemple, des médicaments dit de confort, de soulagement ou à faible valeur thérapeutique²⁸.

²⁵ Si le ticket modérateur semble modérer à court terme la demande de biens médicaux, c'est essentiellement chez ceux qui ne possèdent pas de complémentaire santé, pour atténuer les effets négatifs du ticket modérateur, Majnoni d'Intignano propose de moduler ce taux en fonction du revenu du patient et de la gravité de la maladie.

²⁶ Selon Caussat et Glaude (1993), la consommation médicale des mutualistes serait de 30 % supérieure à celle des non mutualistes en raison d'une plus forte probabilité de recourir au système de santé et d'une dépense moyenne plus élevée.

²⁷ En Allemagne, on utilise « une liste négative » pour spécifier les produits non remboursés par l'assurance maladie. En Angleterre cette liste est appelée « *Black list ou schedule 1* », et en plus de cette liste noire, il y'a une liste restrictive (dysfonctionnement érectile) qui recense les quelques molécules dont la prescription est prise en charge par NHS pour des indications et des catégories d'individus précises appelée « *Grey list ou schedule 2* ». En France, pour définir la liste des médicaments pris en charge, on emploie « la liste positive », donc pour être remboursable, un médicament doit figurer sur cette liste.

²⁸ Aux Etats-Unis par exemple, l'Etat de l'Oregon a essayé de hiérarchiser l'ensemble des soins possibles en fonction de leur utilité sociale. Les soins placés en fin de liste ne seraient pas couverts, il s'agit par exemple de la Procréation Médicalement Assisté (PMA), les traitements des dysfonctionnements érectiles, de l'obésité et de la dépendance tabagique. Il en est de même pour les médicaments antifongiques (contre les champignons), les laxatifs (contre la diarrhée) et les antinaupathiques (mal de mer).

En Algérie, l'on emploie, les deux listes, négative et positive, pour désigner respectivement les médicaments non pris en charge et ceux remboursés par la Sécurité sociale. Déjà en 1998, 109 médicaments jugés de confort ont été totalement *déremboursés*. Le Comité Technique de Remboursement (CTR) a listé au 31/12/2000, 132 médicaments non remboursables.

Le remboursement ou le déremboursement du médicament, puisque soumis aux règles de Service Médical Rendu (SMR) et de son Amélioration (ASMR) dans son pays d'origine, est pris en charge de la même façon en Algérie, c'est-à-dire, un médicament non pris en charge en France, sera systématiquement exclus du remboursement en Algérie. Les autres produits remboursés à 35% dans leurs pays d'origine, sont soit, non remboursés, soit remboursés sur un tarif minimum.

Les vignettes de couleur blanche des médicaments, comportent obligatoirement, une bande de couleur verte pour les médicaments figurant sur la liste des médicaments remboursables ou une bande de couleur rouge pour les médicaments ne figurant pas sur cette liste et qui ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge par les organismes de la Sécurité sociale.

L'éligibilité d'un médicament au remboursement par la Sécurité sociale obéit à certaines nombres de règles : il s'agit de présenter une demande de remboursement au niveau du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, le Comité de remboursement du médicament, créé par arrêté interministériel du 16 Août 2003 et placé sous la tutelle de ce Ministère, examine les demandes et statue sur le remboursement ou non du médicament objet de la demande.

Si le dossier reçoit l'accord du comité, il sera inscrit sur la liste des médicaments remboursables. Par contre si la demande de remboursement essuie un refus, le médicament sera inscrit sur la liste des médicaments non remboursables. Suivant les cas, comme déjà signalé plus haut, les médicaments remboursables doivent être signalés sur la vignette par l'apposition d'une bande de couleur verte et les médicaments non remboursables d'une bande de couleur rouge. L'inscription sur la liste des médicaments remboursables s'accompagne, en principe, par la détermination d'un tarif de référence²⁹ sur la base duquel sera fixé le niveau du remboursement des dépenses de médicaments, le tarif accepté, par le système de Sécurité sociale, est généralement le tarif du médicament générique le plus bas.

²⁹ Voir l'arrêté du 27 Dhou El Kaada 1426 correspondant au 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre.

Le déremboursement des médicaments dont le service médical rendu est jugé faible est une mesure qui est censé réduire la demande de médicaments de confort et évincer du marché les médicaments à faible valeur thérapeutique, peut provoquer, parfois, des transferts vers des médicaments mieux remboursés mais plus onéreux³⁰, l'on se trouve alors, dans un cercle vicieux.

2.3 Le tarif de référence

Le tarif de référence est un système de responsabilisation³¹ des consommateurs de médicaments, un moyen de promouvoir le médicament générique³² et un outil de maîtrise des dépenses de santé. C'est le tarif, le moins cher, mais qui présente le meilleur rapport coût/avantages, sur la base duquel sont remboursés de manière indiscriminée les 80% des dépenses de médicaments.

Au Pays-Bas, en France³³, en Allemagne³⁴ et en Italie, un médicament princeps est remboursé sur la base du prix moyen du groupe où figure son générique, le tarif de référence est le prix le plus bas d'un groupe de produits ayant un même principe actif, un même mode d'administration et une forme thérapeutique équivalente ou comparable et des actions thérapeutiques identiques.

Jusqu'à 1995, en Algérie, tous les médicaments prescrits étaient, systématiquement, pris en charge par la Sécurité sociale³⁵. La suppression du remboursement des médicaments sur la base des prix réels a été introduite en 2001 (décret n° 54 du 23 septembre 2001).

³⁰ Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur (1994) : « *Le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie* » Paris, La Documentation Française page 51.

³¹ Si un consommateur (un patient) écarte le médicament générique parce qu'il préfère un médicament princeps, dans ce cas la différence de prix sera supportée par lui-même et ne sera prise en charge par la Sécurité sociale, dans la mesure où il appartient à l'assuré de payer la différence de prix.

³² Beaucoup de produits Saïdal sont pris comme base pour les tarifs de références, déjà en 2007, sur 270 produits Saïdal, 96 ont été tarifés.

³³ Depuis le 1er juillet 2005, en France, le ministère de la santé a décidé que 542 médicaments de marque seront remboursés sur la base d'un Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR).

³⁴ Appelé « *Festbetrag* », en Allemagne, ce mécanisme a été introduit par la réforme Blüm en 1989, qui plafonne le montant versé par la Sécurité Sociale par un groupe de produits pharmaceutiques comparables. Il s'agit d'un forfait de remboursement unique pour tous les médicaments de propriétés thérapeutiques équivalentes, quelque soit leur prix, c'est une mesure qui vise à réduire les prix des médicaments sous la pression de la concurrence. On distingue *trois niveaux* de tarif de référence : *le premier* s'applique aux médicaments contenant la même molécule dès lors que le brevet tombe dans le domaine public, *le niveau 2* s'applique aux équivalents thérapeutiques dont les molécules sont chimiquement proches, *le niveau 3* s'applique aux médicaments dont les molécules sont différentes mais leur action thérapeutique est jugée comparable.

³⁵ L'arrêté interministériel n° 133/MSPRH/ du 21/12/1995 en application de l'article 59 de la loi n°83-11 du 02/07/1983, fixe le tarif de référence de remboursement et les conditions de prise en charge des produits pharmaceutiques par la Sécurité sociale.

Cependant, son application n'a débuté qu'en avril 2006, pour 116 Dénominations Communes Internationales (DCI)³⁶, soit pour plus de 1 000 marques et ce, sur les 1 134 DCI remboursables correspondant à plus de 3 000 marques. A cette liste on y rajoute une nouvelle liste de 259 DCI. Actuellement, 375 DCI sur les 1073, que compte la nomenclature des médicaments remboursables, sont concernés par l'application d'un tarif de référence tel que fixé par le Comité National du Remboursement.

Cette liste est actualisée chaque semestre. En effet, selon l'article 2 de l'Arrêté du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre stipule que : « *La liste des tarifs de référence de remboursement applicables aux médicaments remboursables par les organismes de Sécurité sociale, prévue par le présent arrêté, est complétée et /ou modifiée semestriellement et chaque fois que nécessaire* ». L'actualisation de la liste et la détermination d'un tarif de référence prennent en considération plusieurs paramètres : il s'agit du taux de pénétration des médicaments génériques et ceux moins chers, de l'importance du niveau en volume et en montant de remboursements des médicaments, toutes marques confondues.

Le tarif de référence se fait sur la base du prix le moins coûteux du marché pour une DCI au même dosage et à la même forme galénique. La détermination de ce tarif se déclenche dès qu'il y a ait sur le marché trois médicaments génériques d'un princeps de référence remboursable, lesquels médicaments sont commercialisés et remboursés.

Le tarif de référence outre l'avantage qu'il présente en matière de réduction des dépenses de la Sécurité sociale et la promotion des médicaments génériques, pousse les fabricants à baisser les prix des médicaments princeps³⁷. A titre d'exemple, trois médicaments à large usage, en Algérie, à savoir, Amlor, Sactal et Captopril Normon ont subi une baisse substantielle de leurs prix depuis la mise en place de ce mécanisme, leurs prix passent respectivement de 1 055 DA à 719 DA, de 906 DA à 575 DA et de 417 DA à 285 DA.

Ce tarif présente, en revanche, un désagrément. Désormais, un retraité ou un malade chronique, qui, jadis, était royalement servi par son pharmacien par une simple présentation de sa carte, est obligé de payer la différence entre le prix de référence et

³⁶ Voir l'arrêté du 29 décembre 2005. DCI : les médicaments sont généralement prescrits et commercialisés sous un nom de marque, ce dernier peut être différent selon les pays ; par contre, la DCI, est comme son nom l'indique, est commune à tous les pays et correspond au principe actif contenu dans le médicament.

³⁷Zaouani R PDG de Sidal : « *on peut dire qu'aujourd'hui, les multinationales ont un concurrent, D'ailleurs, depuis l'instauration du tarif de référence, certaines d'entre elles ont baissé leurs prix de 50%* » le journal el Watan du 26/01/2009.

le Prix Public Algérien (PPA) d'un médicament. Pis encore, lorsque son générique n'est pas disponible. Ce tarif semble remettre en cause les vertus de système du tiers payant et ses effets de justice sociale.

3. Les outils de budgétisation

Cette méthode consiste à consacrer des enveloppes budgétaires réparties à l'échelle nationale, qui doivent être, par la suite, ventilées à l'échelle régionale, en fonction des priorités établies par l'administration centrale.

C'est un moyen de maîtrise des dépenses de santé qui s'appuie sur des instruments de régulation, utilisés à l'échelle macro-économique, par l'Etat, en impliquant plusieurs ministères et même des parlementaires. En France, par exemple, depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, le parlement s'est vu attribué une nouvelle tâche, qui est la détermination d'un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)³⁸. Le parlement fixe l'ONDAM, par le vote annuel de la loi de financement de la Sécurité Sociale, en fonction des objectifs de la politique de santé et des priorités de santé publique, tout en prenant en considération les recettes prévisionnelles et futures de l'Etat.

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 la conjoncture économique, au financement du système de santé notamment des établissements publics de santé.

3.1 Le budget global hospitalier

Le système du budget global est inspiré du système canadien dit de « *Globalisation* ». Il permet aux établissements hospitaliers, de bénéficier d'une enveloppe relativement régulière et constante, mais qui évolue chaque année en fonction des besoins de la population et de la tendance générale des prix. Le gestionnaire est censé, par conséquent, concilier entre les fonds qui lui sont accordés et les charges de son établissement.

Le système du National Health Services anglais (NHS) est considéré comme l'un des modèles de régulation centralisé les plus réussis, les *Districts Health Authorities* (DHA) et les cabinets de médecins généralistes, qui sont les deux

³⁸ Le plan est présenté par le Premier ministre Alain Juppé le 15 novembre 1995.

acheteurs de soins, se voient, en général, confier un budget global pour prendre en charge l'ensemble des soins de leurs patients. Ce budget est arrêté en fonction des caractéristiques de la clientèle de la région et de son importance en nombre.

La mise en place de la procédure du budget global a été introduite en Algérie, en 1974, 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 les secteurs sanitaires publics (de 1962 à 1974).

A partir de cette date, les hôpitaux et les établissements publics de santé reçoivent, annuellement, un budget qui leur permet de couvrir l'ensemble des prestations de soins qu'ils offrent. L'Etat étant la principale source de financement à côté de la Sécurité sociale. Le financement se fait d'une manière forfaitaire, il n'est aucunement lié à l'activité réelle des établissements, ni même à la qualité des soins prodigués.

En effet, en tenant en compte des prévisions futures de dépenses du secteur sanitaire public et de la participation budgétaire forfaitaire de la Sécurité sociale, l'Etat participe au financement de la santé moyennant une contribution préétablie et fixée d'une manière approximative sans relation ni avec le volume de l'activité ni même avec le nombre de patients reçus à l'hôpital. L'on supprime alors, l'ancien système de gestion hospitalière basé sur la tarification à l'activité et au prix de la journée. Les établissements ne sont plus, depuis, rémunérés sur la base de leur activité réelle. Le budget global étant, par conséquent, forfaitaire³⁹ fixé annuellement en fonction des consommations de Crédits de Paiements des années précédentes et de l'évolution futures et prévisionnelles des dépenses des établissements publics de santé.

Les crédits sont répartis par titres, chapitres et articles de dépenses (*personnels, formation, alimentation, médicaments, préventions, matériel médical, entretiens des infrastructures, œuvres sociales, recherche médicale et autres dépenses de fonctionnement*). Ce type d'allocation de fonds engendre une fixation de la consommation des soins et celle des coûts, sans prise en compte des charges des établissements liées à la prise en charge de patients assurés sociaux.

³⁹ Oufriha F Z : « La participation de l'Etat va fonctionner comme une donnée, les besoins des secteurs sanitaires comme une contraintes, la contribution de la CNAS s'établissant par la différence plutôt par complément » in Système de santé et population P 62.

Même si la tarification à l'activité, basée sur le nombre des journées d'hospitalisation, pourrait être un mauvais indicateur qui nous renseigne mal sur les besoins réels des patients, dans la mesure où la tarification à la journée pousserait les gestionnaires des hôpitaux à en maximiser le nombre pour obtenir le maximum de crédits correspondants, le mode de financement via le budget global, qui est censé freiner l'évolution des dépenses hospitalières, présente, lui aussi, plusieurs inconvénients.

En plus du fait qu'il est forfaitaire ; non lié à l'activité réelle ; il incite les gestionnaires à consommer tous les crédits qui leur sont alloués, même en période de sous activité, dans la mesure où aucune justification n'est exigée ni en amont ni en aval. L'efficacité de la dépense n'étant plus le but recherché. La formule du budget global ne présente, alors, aucune incitation susceptible d'influer positivement sur le comportement des différents intervenants au niveau des établissements de santé.

La mise en œuvre de cette formule depuis l'instauration de la gratuité des soins, en Algérie, s'est accompagnée « *d'une dangereuse mutation d'une logique de gestion à une logique de dépenses ... on ne retrouve nulle part une correspondance des ressources aux problèmes de santé prévalent* »⁴⁰. En effet, les modalités de détermination du budget, d'une manière forfaitaire, n'obéissent à aucune logique de maîtrise des dépenses de santé.

Le montant de la participation de l'Etat et celle de la Sécurité sociale n'est pas fondé sur des chiffres réels relatifs à l'activité de dispensation des soins, les Crédits de Paiements (CP) prévisionnels alloués au secteur de la santé, au titre d'une année, sont déterminés en fonction des crédits de l'année précédentes, compte non tenu du coût réel des maladies enregistrés dans chaque établissement ni même d'un éventuel gain d'efficacité. La dotation est par conséquent non liée au coût réel observé.

La maîtrise comptable, basée sur le budget global risque, également, de rigidifier à terme le système de santé et de déresponsabiliser⁴¹ les gestionnaires des hôpitaux (*simple dépensier*). Même si ce dispositif permet, à court terme, de contenir la croissance des dépenses, il devient, à long terme, un obstacle à une évolution cohérente de l'offre de soins aux besoins de la population. Autrement dit, la contrainte budgétaire annuelle est nécessaire mais elle est, en elle-même, ni une garantie ni une

⁴⁰ Lamri L. Op cité. « Les gestionnaires sont devenus de simples dépensiers d'un budget préétabli et pré-affecté selon des lignes budgétaires précises, toute autonomie est proscrite ».

⁴¹ Lamri L : « Le financement du système de santé algérien : réalités, enjeux et perspectives » communication Ecole nationale de la santé publique « la contractualisation » IV journées nationales de gestion des établissements de santé 1 et 2 juillet 1998 numéro spécial in revue Le gestionnaire. « Un budget global a conduit les gestionnaires à une déresponsabilisation prononcée dans la mesure où il leur est demandé de « dépenser » simplement un budget déjà réparti dans le détail et de façon centralisée entre titres, chapitres et articles. Les directeurs d'hôpitaux sont passés d'un état de « gestionnaires » à une situation de « dépensiers » ».

incitation suffisante à l'optimisation pluriannuelle des ressources collectives consacrées à la santé.

4. Les prix administrés

La fixation d'un tarif pour un service médical ou 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 : l'aléa moral, la demande induite et la *solvabilisation* de la demande.

Dans le domaine des biens de santé, les prix n'expriment pas les tensions réelles de rareté ou d'abondance des soins. De la même façon que pour les marchés réglementés des produits de base, les biens de santé sont offerts, dans la plupart des pays, à des prix administrés, souvent en deçà de leur coût réel, du fait que la santé est considérée comme un bien social.

Le débat sur les mécanismes de fixation des prix des médicaments et des soins dispensés se focalise davantage sur le niveau des marges commerciales accordées aux différents intervenants dans le circuit du médicament ou encore sur les modalités de rémunération des praticiens de santé. Ce mode de régulation permet d'agir, à la fois, sur le niveau des prix et sur le mode de rémunération des pharmaciens et des médecins.

Dans certains pays développés, l'adoption d'autres procédures de fixation des prix pourrait revêtir plusieurs formes : pour limiter les effets inflationnistes de l'augmentation des prix des médicaments, l'industrie pharmaceutique est responsabilisée, il s'agit, en fait, des accords *prix/volume*, conclus entre les pouvoirs publics et les laboratoires pharmaceutiques. Des sanctions sont prévues et se matérialisent sous forme de baisse des prix lorsque des manquements ou des écarts par rapport aux objectifs fixés sont relevés. Il y'a rétrocession d'une partie des bénéfices⁴².

⁴² Alexandre E, Champion M-D, Vion D : « Régulation de la dépenses pharmaceutique dans l'union européenne, états des lieux et prochains défis in bulletin de l'ordre 376, novembre 2002 ». Ces mesures de rétrocession ont eu un certain succès et ont permis de ralentir la croissance des dépenses pharmaceutiques dans plusieurs Etats : Autriche, Belgique, Espagne, France, Italie et Irlande.

Dans cette section, nous nous limitons, cependant, à l'examen des pratiques les plus répandues, à l'échelle mondiale, en générale, et en Algérie, en particulier, il s'agit de :

- Contrôle des prix des médicaments
- Tarification et contrôle des honoraires

4.1 . Le contrôle des prix des médicaments

C'est l'une des méthodes, les plus difficiles à mettre en place, elle consiste en un contrôle en amont et en aval des prix des médicaments, et ce, par une régulation administrative. Ainsi, dans la plupart des pays, les prix des médicaments sont fixés après la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Au Royaume-Uni, les prix des médicaments sont librement fixés par les laboratoires au moment de leur entrée sur le marché, indépendamment de leur statut⁴³, mais leur évolution est, ultérieurement, encadrée. Il en est de même pour les profits générés par les laboratoires qui sont régulés par le Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme (PPRS)⁴⁴.

Aux Etats-Unis, la facture des médicaments, de la plupart des Health Maintenance Organization (H.M.O) et des assureurs, est gérée par les Pharmaceutical Benefit Managers (P.B.M.)⁴⁵, qui négocient des contrats de prix avec les laboratoires pharmaceutiques, établissent des listes de médicaments essentiels, fixent les différents taux de prise en charge pour les assurés et exhortent les pharmaciens à contrôler le volume de la consommation de médicaments d'un client, et ce, pour éviter les gaspillages (Drug Utilization Review).

En Tunisie, le *Principe de la compensation* répond à cette préoccupation mais il est relatif, beaucoup plus, à l'inflation importée. En effet, le prix de vente au public d'un médicament importé est décidé, dès sa première importation, par une commission représentant différents ministères concernés, qui arrête le prix de vente au public après négociation entre la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT) et le fournisseur.

⁴³ Plusieurs statuts : Médicament prescrit ou des Out Of the Counter (OTC), automédication ... etc.

⁴⁴ Le PPRS contrôle les profits réalisés par les laboratoires à partir de son chiffre d'affaires réalisés au sein du NHS. Le PPRS détermine le seuil de gains (21 % actuellement) qui en cas de dépassement (plus de 40 %) donne lieu à un retour de l'excédent dans les caisses du NHS ou à la réduction de prix pour l'année suivante. Le PPRS se renégocie tous les 5 ans.

⁴⁵ Les P.B.M. se sont lancés dans le Disease Management, qui consiste à optimiser l'effet du médicament grâce à un sérieux suivi pharmaco thérapeutique. Il s'agit, par exemple, de prouver que tel médicament peut contribuer à éviter des interventions chirurgicales ou des hospitalisations prohibitives et d'évaluer ses effets positifs sur la qualité de la vie (Drug Outcome).

Le prix arrêté reste alors fixe et ne subit aucune révision même lorsque le coût d'importation évolue à la hausse. La PCT prend en charge toute augmentation de prix à l'importation, et ce, à fin de maintenir les prix publics et les marges à leur niveau initial ou après une légère réévaluation.

En Algérie, comme dans les autres pays, outre les volets de régulation relatifs à l'enregistrement, au contrôle de la qualité et la nature des produits pharmaceutiques importés ou fabriqués localement, les médicaments sont soumis à un contrôle strict et à une réglementation spécifique en termes de la fixation de leurs prix sur le marché, ainsi que la détermination des marges plafonds applicables à leur production, leur conditionnement et à leur distribution.

Même si, la loi 95-06 du 25 Janvier 1995 (actualisée en 2003) a sacralisé, en quelque sorte, la concurrence et le principe de la liberté des prix comme une règle de base sur tous les marchés, sur l'ensemble du territoire national, l'ordonnance 03-03 du 19 juillet 2003⁴⁶ a prévu quelques dérogations à ce principe⁴⁷, en faisant une classification des biens et services à prix réglementés, et ce, pour assurer une certaine accessibilité des citoyens aux produits considérés stratégiques par les pouvoirs publics. Il s'agit, entre autres, des produits pharmaceutiques qui obéissent au principe de plafonnement de leurs marges, selon les dispositions du décret 95-119 du 26 Avril 1995.

Quant au décret 98-44 du 01 Février 1998, ce dernier permet de renforcer le contrôle de l'Etat en fixant des plafonds des marges à appliquer à tous les stades de la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments. Les marges sont plafonnées au taux unique, elles sont de l'ordre de vingt pour cent (20%) assis sur le prix Hors Taxes (HT) et de dix pour cent (10%) assis sur le prix de revient HT, respectivement pour la production et le conditionnement.

Les marges de gros et de détail, quant à elles, sont définies sur une base inversement proportionnelle au prix⁴⁸, ainsi quand le prix du médicament varie de 0 à 70 dinars, les grossistes perçoivent une marge de 20% et les pharmaciens au niveau des officines 50%. Si le prix varie de 70,01 à 110 dinars, la marge des premiers est de 15% et de 33% pour les seconds. Si le prix est compris entre 110 et 150 dinars, les

⁴⁶ L'ordonnance 03-04 du 19 juillet 2003 dans son Article. 1er. — « *La présente ordonnance a pour objet de fixer les conditions d'exercice de la concurrence sur le marché, de prévenir toute pratique restrictive de concurrence et de contrôler les concentrations économiques afin de stimuler l'efficacité économique et d'améliorer le bien-être des consommateurs* ».

⁴⁷ L'ordonnance 03-04 du 19 juillet 2003 dispose, en son article 5 Art. 5. — « *Les biens et services considérés stratégiques par l'Etat peuvent faire l'objet d'une réglementation des prix par décret, après avis du Conseil de la concurrence* ».

⁴⁸ Les fourchettes de marges correspondent au prix CAF (Coût, Assurances et Fret) pour les médicaments importés et revendus en l'état, et aux prix de vente à la sortie de l'usine Hors Taxes pour ceux fabriqués ou conditionnés.

marges sont respectivement de 12 et de 25%. Au-delà de 150 dinars, les grossistes ont droit à une marge de 10% et les pharmaciens à celle de 20%.

La fixation des prix peut être un handicap à la promotion de la production nationale. En Algérie, la fixation des prix se réduit à un seul fait qui est celui du plafonnement des marges commerciales. La règle de plafonnement des marges applicables aux médicaments, en Algérie, par exemple, semble sanctionner surtout le producteur national, en fait, limiter la marge de production à 20%, pousse les investisseurs à s'orienter vers la distribution dans la mesure où les marges cumulées pour le circuit de distribution – gros et détail – peuvent atteindre plus 60%.

4.2 La tarification et le contrôle des honoraires

La tarification est un mode de contrôle des honoraires des professionnels de la santé qui suppose une définition préalable des actes médicaux ainsi que la mesure de leur valeur, c'est l'objet de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui sert de référence dans les pratiques de remboursement des soins et des actes médicaux (voir l'annexe n°01).

Elle constitue un catalogue de tous les actes médicaux. Il s'agit, en fait d'une codification des différents actes. La liste des codes doit être cohérente, complète et actualisable, elle doit être « ouverte » et donc appelée à être modifiée, en fonction de l'apport de nouvelles technologies dans la prestation des soins.

Elle doit faire une description exhaustive, bien détaillée et minutieuse de l'activité médicale et des différentes explorations. Le choix de libellés des actes doit être fait d'une manière rigoureuse et exacte. Ce codage permet la quantification de l'activité médicale, l'évaluation de la qualité des soins et surtout l'optimisation des dépenses de santé.

Selon les dispositions du décret exécutif n°05-257 du 20 juillet 2005, portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux, la tarification des actes des professionnels de la santé est fixée par arrêté conjoint de trois ministères. Il s'agit du Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS), et du Ministère des Finances (MF), conformément aux lois et règlements en vigueur.

Tous les actes professionnels sont regroupés par nature et sont désignés par un symbole qui prend la forme d'une lettre-clé, pour laquelle une valeur monétaire de base est fixée, selon les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des prestations de santé.

À chaque lettre correspond un coefficient défini pour chaque acte médical. Le coefficient étant un nombre réel. Pour déterminer le montant de chaque acte ou de chaque prestation, on multiplie la valeur monétaire de base, selon leurs coefficients par leurs lettres. Il faut dire que l'ensemble des remboursements des actes professionnels est basé sur les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

La nouvelle Nomenclature Algérienne qui regroupe 9000 actes dont 7000 actes médicaux et dentaires et 2000 actes biologiques est venue pallier l'incomplétude et l'obsolescence de la nomenclature de 1987⁴⁹. Cette dernière est jugée inadaptée⁵⁰, vu qu'elle n'inclut que 1700 actes médicaux, elle est en retard par rapport à l'évolution des pratiques médicales et au développement des technologies dans le domaine de la santé, d'une part et au décalage entre les tarifs réellement pratiqués et ceux remboursés par la Sécurité sociale.

Il faut dire que cette nouvelle nomenclature s'inscrit, également, dans la logique de poursuite du processus de la contractualisation et celui d'une meilleure maîtrise des dépenses de la Sécurité sociale. En médecine ambulatoire, le codage de ces actes, des prescriptions et des pathologies apportera l'éclairage nécessaire à l'objectivation de la dépense.

Aujourd'hui, l'on s'achemine, aussi, vers un nouveau concept lié à la rationalisation des dépenses hospitalières, et ce, par l'introduction de la tarification hospitalière. Cette méthode consiste, en fait, à fixer les prix des différentes consultations, des actes médicaux et des différentes explorations ainsi que le montant des prestations hôtelières. Il s'agit du prix d'une journée d'hospitalisation qui préparera les hôpitaux et les établissements publics de santé à la contractualisation de leur rapport avec les organismes en charge de la Sécurité sociale.

⁴⁹ Le texte de référence étant le décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 fixant les modalités d'établissement de la nomenclature générale et de tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des auxiliaires médicaux, ce décret a été complété par l'arrêté interministériel du 04 juillet 1987 qui fixe la valeur monétaire des lettres clés relatives aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux.

⁵⁰ Lamri L : « la nomenclature 1987 ne comprend pas de nombreux nouveaux actes et examens tels que scanners, biopsies, certains examens biologiques et l'IRM » in « Monographie de l'assurance maladie en Algérie » Tunis HAMAMMET 14-16 novembre 2001.

Ce dispositif est destiné à déterminer, avec plus de transparence, à quels types d'actes et de pathologies correspondent les dépenses engagées au niveau de l'hôpital, et ce, a fin d'aboutir à une régulation des dépenses hospitalières à travers le suivi des pratiques médicales, à un contrôle des tarifs appliqués et même à la production de statistiques épidémiologiques.

II. LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE

Le concept de maîtrise médicalisée 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 de 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 en sont les seuls critères valables pour éviter les gaspillages et obtenir une maîtrise des dépenses de santé.

Elle part d'un principe qu'il est possible de contenir la croissance des dépenses de santé en recensant et en écartant les soins médicalement inutiles, qui engendrent souvent des dépenses superflues. La maîtrise des dépenses devient, alors, purement médicale⁵¹. C'est une pratique qui vise à standardiser les processus de soins et de prévention, et ce, afin d'obtenir les meilleurs résultats. C'est une méthode qui s'appuie sur des bases scientifiquement approuvées. Malgré la panoplie de méthodes qui existent à l'échelle internationale, nous nous sommes contentés de recenser, les outils de régulations des dépenses de santé, les plus répandus, à côté de ceux qui existent en Algérie, et nous limiterons notre exposé à certains instruments selon leur dénomination dans le système de santé français, il s'agit :

- Les référentiels : Les Références Médicales Opposables RMO ;
- Les instruments de suivi médicalisé du patient ;
- La carte sanitaire médicalisée;
- La médicalisation de l'information en milieu hospitalier.

⁵¹ « La maîtrise médicalisée a pour finalité d'infléchir le comportement dans une recherche constante d'amélioration de la qualité et de contribuer ainsi à améliorer l'efficacité du système de soins » (art. 12 de la Convention nationale des généralistes du 4 décembre 1998 France).

1. Les référentiels : Les Références Médicales Opposables (RMO)

Les Références Médicales Opposables (RMO) sont considérées comme un outil emblématique⁵² de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en France. Le dispositif des RMO vise à corriger l'hétérogénéité de certaines pratiques médicales, démontrée par de nombreuses études⁵³. En fait, elles sont destinées à réduire les disparités de conduites des médecins face à une même maladie.

C'est un outil de régulation qui permet d'éviter les prescriptions redondantes inutiles, dangereuses et à effets secondaires iatrogéniques, et cela apparaît clairement dans la définition des RMO telle qu'elle a été donnée par la convention⁵⁴ française d'octobre 1993. Le terme *opposable*⁵⁵, quant à lui, renvoie au fait que les conduites à tenir, que comportent les recommandations, peuvent être opposées au médecin. Ces références exhortent ce dernier à éviter :

- Des prescriptions pléthoriques de médicaments ;
- Des prescriptions d'examens complémentaires et inutiles. A cet effet, le médecin doit résister et ne pas céder à certaines demandes des patients qui, parfois, suggèrent unilatéralement des examens diagnostiques voire la nature même des médicaments à prescrire ;
- Des hospitalisations non justifiées et prolongation exagérée de la durée des séjours.

La constatation d'un écart ou d'un comportement excessif dans la pratique d'un médecin par rapport aux RMO, avait toujours fait l'objet, en France, d'un contrôle rigoureux⁵⁶ pouvant donner lieu à une sanction pécuniaire pour le praticien. Si les organismes chargés du contrôle détectent des abus ou des comportements contraires aux références, ils appliquent des sanctions aux contrevenants. Les sanctions diffèrent en fonction du :

⁵² Allemand H, Jourdan MF Sécurité sociale et Références Médicales Opposables *Social Security and mandatory medical guidelines* in Revue Médicale de l'Assurance Maladie n° 3 / juillet-septembre 1998.

⁵³ Kerleau M. L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé. Sciences sociales et santé 1998; 116:5-32.

⁵⁴ La convention française d'octobre 1993 précise dans son article 14 que « les Références Médicales Opposables concourent à la maîtrise médicalisée par la recherche permanente de la qualité des soins, les RMO sont des critères scientifiques reconnus, permettant notamment de définir les soins et les prescriptions médicalement inutiles ou dangereuses, ainsi que des fréquences d'utilisation par patient de certains soins et prescriptions ».

⁵⁵ Gardeur P : « *Des Références Médicales Opposables aux références professionnelles* », droit social, 1996.

⁵⁶ Déjà avant l'instauration des RMO, en France, la convention de 1971 a mis en place des procédures de surveillance des pratiques médicales, les Tableaux Statistique de l'Activité des Praticiens TSAP consolidés à partir des données des différents régimes devaient permettre de détecter les comportements excessifs, en vue de sanctionner les abus ou les aberrations.

- Degré de la gravité de l'erreur médicale liée au non respect de la référence ;
- Degré d'inutilité ou du risque iatrogène de la prescription ;
- Non respect de la référence et de ses conséquences pécuniaires;
- Nombre et de la fréquence de prescriptions inutiles.

Les économies pouvant être atteintes par l'application des RMO sont substantielles⁵⁷, dans la mesure où ce type de régulation s'appuie sur des références assorties de sanctions. En effet, sanctionner financièrement, un médecin pour la multiplication de ses actes dangereux et de ses prescriptions inutiles, lui fait porter la responsabilité du comportement des patients, « *la notion de consommateur souverain n'a guère de sens dans le cas d'un bien de santé* » (André Loth). Le médecin doit chercher alors l'économicité et la rationalité dans la prescription des actes et des médicaments.

En Angleterre, par exemple, même si le contrôle demeure partiel et presque non assorti de sanctions. Le dispositif de suivi des pratiques de prescriptions médicamenteuses, PACT (*Prescribing Analysis and Cost*)⁵⁸, qui ne touche essentiellement, que les activités médicales liées aux actions de santé publique et à la prescription médicamenteuse, permet d'infléchir davantage, en amont, les pratiques médicales inutiles ou dangereuses et d'accompagner la sous performance des médecins Généralistes. Il existe, en fait, un objectif indiciaire de dépenses de médicaments par an (*Indicative Prescription Amount*), cet objectif s'accompagne souvent, de préconisations concrètes quant au profil de prescriptions à tenir.

Aux Etats-Unis, le « *Managed Care* » a des organisations qui exercent un sérieux suivi du processus de diagnostic thérapeutique des médecins avec les normes de pratique médicale. Certains de ces contrôles sont très exhaustifs, certains assureurs délèguent le contrôle à des experts qui passent au crible un processus thérapeutique individuel de chacun des patients afin de détecter les anomalies de prescriptions. En Allemagne, les médecins bénéficient de *tables de référence* qui spécifient clairement les médicaments devant être utilisés pour le traitement d'une pathologie donnée. Ces tables plafonnent les prescriptions à un coût moyen par groupe de médicaments. En cas de *dépassement de certaines moyennes*⁵⁹, le médecin sera sanctionné sur une base individuelle.

⁵⁷ Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur (1994) : « *Livre Blanc sur le Système de santé et d'assurance-maladie* », Paris, La Documentation Française, p 337 ; Dans un premier temps, 24 références ont été proposées par le service national du contrôle médical de la CNAMTS, qui en attendait 10,7 Milliards d'économie, en mars 1994, 65 références ont été agréées par le ministre des affaires sociales et de la santé, après validation par l'ANDEM.

⁵⁸ Les supports d'information concernent essentiellement le suivi des prescriptions médicamenteuses depuis la mise en place en 1988 du système PACT (*Prescribing Analysis and Cost*). Ce système repose sur le recueil et la saisie informatique des ordonnances rédigées par les médecins généralistes par les autorités locales du NHS (avant 1989, les *Family practice committees*, puis les *Health Authorities* et depuis le 1er avril 2002 les *Primary Care Trusts*).

⁵⁹ Si ce dépassement se situe entre 10 % et 20 % de la moyenne, le médecin doit rembourser 20 % des surcoûts ainsi constatés, 30 % lorsque le dépassement se situe entre 20 % et 30 %. Au-delà, le remboursement est fixé à

Malgré les facilités qu'offrent les RMO, ces derniers peuvent ne pas être perçus, par les médecins, comme une aide à la pratique médicale, mais au contraire leur prolifération comporte des risques d'alourdissement bureaucratique, de même leur efficacité a montré, en France, ses limites du fait de la faiblesse des sanctions qui les accompagnent⁶⁰.

Il convient, en outre, de ne pas viser à maîtriser les dépenses de santé, par la seule démarche de sanction pécuniaire des médecins qui ne respectent pas ces références, mais il faut, également s'efforcer de récompenser les comportements de médecins les plus rationnels, tant d'un point de vue de la santé publique que de l'économie.

La maîtrise médicalisée, en s'appuyant sur des références opposables déjà évoquées, devrait conduire à des sanctions radicales telles que le déconventionnement des médecins. En effet, Soubie R, en plus du reversement d'une partie des honoraires, propose la radiation de l'ordre des médecins ou le retrait de l'agrément pour les praticiens dont les compétences sont jugées insuffisantes ou dont le niveau d'activité est contraire aux objectifs définis. Pour donner une apparence dissuasive à ce mode de régulation, il préconise d'instituer un système analogue au « *permis à point* » entraînant le dé-conventionnement après la répétition de plusieurs infractions.

2. Les instruments de suivi médicalisé du patient

Cet instrument de maîtrise des dépenses de santé revêt une importance capitale pour le patient, les financeurs et les effecteurs de soins car il joue un rôle primordial dans le suivi de la santé de chaque assuré. Il s'agit des différents moyens qui peuvent contenir des éléments d'information médicale et qui délivrent des repères sur le développement de l'état de santé des malades.

Le médecin pourra cerner, par conséquent, facilement les problèmes de santé dont souffre son client. Le professionnel de santé gardera une vue d'ensemble sur tous les traitements et peut en décider sur d'éventuels changements tout en coordonnant les soins nécessaires.

50 %. Un bonus est prévu en cas de dépenses inférieures à la moyenne. Son mode de calcul et ses modalités pratiques résulteront des négociations en cours entre les caisses et les représentants des médecins.

⁶⁰ Les sanctions demeurent faiblement dissuasive, en effet, le nombre de médecins sanctionnés restent non important ainsi en 1998, le service médical des caisses a observé le comportement fautif de 21 353 médecins libéraux, à l'issue de l'observation les médecins conseils chargés de relever les anomalies de prescriptions ont déposé 90 dossiers devant l'instance paritaire conventionnelle : Comité Médical Paritaire Local (CMPL), qui n'a sanctionné que 50 médecins. En 1996, sur 220 médecins n'ayant pas respecté les RMO, seulement 75 d'entre eux ont été sanctionnés.

Il existe plusieurs outils de suivi des patients, nous pouvons citer les plus importants :

- Le Carnet de santé et le dossier médical ;
- Le médecin traitant.

2.1. Le Carnet de santé et le dossier médical

Dans le but de suivre le patient, les premiers carnets de santé, qui ont été mis en place partout dans le monde, avaient comme principal objectif d'assurer le suivi sanitaire des jeunes enfants, et ce, dans une optique de santé publique. Cette pratique a été, ensuite, étendue au profit des vieilles gens souffrant de pathologies lourdes et de maladies chroniques.

Le dossier médical comme le carnet de santé sont considérés comme des outils de suivi non seulement de la prévalence des pathologies mais aussi de l'état de santé des patients. Ils retracent, en fait, les différents actes, prescriptions et consommations de médicaments ainsi que les délais séparant les précédents traitements de chaque patient.

En plus du fait que ces outils facilitent le suivi et le contrôle des patients dans le système de soins; ils permettent également de pallier les insuffisances de la mémoire des malades et de responsabiliser l'assuré, et ce, afin d'éviter le nomadisme de la clientèle⁶¹, conséquence du libre choix du médecin par le patient. Il apparaît, ainsi, que cet outil de suivi vise essentiellement, à réduire le nombre d'actes, éviter la iatrogénie des traitements surtout médicamenteux et les consultations inutiles ou redondantes dues au libre choix des médecins pour une même pathologie.

Cette liberté ne peut être, en effet, limitée que dans le cas où la présentation du carnet de santé est exigée à chaque examen. Pour que son usage soit effectif, l'assuré ne peut prétendre à un remboursement que sur présentation de son carnet médical.

En Algérie, à côté des carnets de vaccins conçus pour le suivi des enfants en bas âge, un système du tiers payant, sur présentation d'un carnet de santé a été mis en place, au profit des assurés⁶² atteints de maladies chroniques. Malgré le fait que ce

⁶¹ « Quelques aspects du nomadisme de la clientèle », dossiers études et statistiques n°21 décembre 19 92, selon une enquête menée par la CNAMTS en 1990, en France, 36% des personnes interrogées déclarent avoir fait recours à au moins deux praticiens différents dans un délai inférieur à deux semaines.

⁶² Il s'agit de l'assuré ou l'ayant droit de l'assuré atteint d'une maladie chronique reconnue, de l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite directe, quel qu'en soit le montant, ainsi que ses ayants droit, de l'assuré titulaire d'une pension d'invalidité ou de retraite de reversions, de l'assuré titulaire d'une rente d'accident travail d'un taux

système a été déjà prévu par la loi n°83.11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, modifiée, sa mise en œuvre n'a commencé à se généraliser qu'en 2000.

Son usage se limite uniquement à l'acte de dispensation des médicaments, figurant sur la liste des médicaments remboursables par la Sécurité sociale, auprès des officines pharmaceutiques conventionnées⁶³. La dispensation est gratuite, lorsque l'assuré est pris en charge au taux de 100% et contre paiement de sa participation de 20 %, lorsqu'il est pris en charge à hauteur de 80%.

Il est à noter que ce système n'est pas obligatoire, c'est une possibilité offerte à l'assuré désirant d'en bénéficier pour lui permettre d'éviter d'avoir à faire l'avance des frais à l'occasion d'achat de médicaments. En 2008, on dénombre près de 1,8 millions d'assurés rattachés au système du tiers payants.

En dépit, des avantages que présente ce système en assurant une justice sociale par la possibilité offerte aux assurés de n'avancer aucun frais et ne plus renoncer aux soins pour des raisons financières, force est de constater, que depuis sa mise en œuvre, les dépenses de la Sécurité sociale ont évolué d'une manière exponentielle (les dépenses du tiers payant en médicaments était de 6,39 milliards de DA en 2002, en 2005 ce montant passe à 25,28 milliards de DA et à 48,56 milliards en 2007)⁶⁴.

Paradoxalement aux objectifs de la maîtrise des dépenses médicamenteuses censés être atteints par le biais de ce mécanisme, cet outil a induit une surconsommation des médicaments. Selon les chiffres de la CNAS, en 2002, la part du tiers payant dans le remboursement total des médicaments ne représentait que 23,6%, en 2005, ce taux passe à 53,35% pour atteindre le cap de 65,7% et de 75,2% respectivement en 2006 et en 2007.

C'est pour cette raison que la CNAS a mis en place des critères plus sévères en matière du tiers payants : elle a plafonné le montant de l'ordonnance à 1500 DA avec une périodicité de trois mois entre deux traitements aigus semblables. Tout dépassement de ce montant ou toute périodicité inférieure à cette durée donnera lieu à un passage systématique au contrôle médical. De même, la CNAS exige des pharmaciens le respect des clauses prévues dans le cahier des charges quant à la nature des médicaments à servir. Il s'agit, en effet, des médicaments génériques ou du moins des médicaments sous leur forme la plus économique.

égal à 50 % et ses ayants droit et de l'assuré titulaire d'une rente d'accident du travail d'ayant droit survivant, servie en cas de décès de la victime consécutif à l'accident.

⁶³ Ce sont toutes les officines pharmaceutiques qui ont passé une convention avec l'organisme de Sécurité sociale. Toute officine pharmaceutique qui le désire peut passer cette convention qui est fixée par le décret exécutif n°97-472 du 8 décembre 1997.

⁶⁴ Source : Direction Générale de la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS).

Des enfants de bas âge aux personnes âgées, la carte « *Chifa* » est venue pour ne plus faire de distinguo d'âge. Elle a été mise en œuvre, en 2006⁶⁵, pour diminuer considérablement la facture des remboursements des frais médicaux et pharmaceutiques. L'objectif étant alors, de maîtriser les dépenses de santé, de simplifier et d'apporter plus de célérité dans les procédures de remboursement des prestations et des médicaments délivrés.

Elle présente l'avantage de mettre un terme aux abus et aux fraudes. Elle est considérée comme l'une des novations, en matière de maîtrise médicalisée en Algérie, c'est un outil de régulation plus efficace qui prend une nouvelle forme de contrôle médical.

Chifa est une carte à puce qui intègre un micro processeur ayant les capacités d'enregistrer et de stocker toutes les données relatives à l'identification des assurés et leurs ayants droits ainsi que la validité de leurs droits au regard de la Sécurité sociale. Elle comporte, également, toutes les informations d'ordre médico-administratif permettant une meilleure prise en charge des assurés et un meilleur suivi de leur dossier médical. Elle concerne, aujourd'hui, 28 millions d'assurés et de leurs ayants droits, elle permet aux sept (7) millions d'assurés un accès plus rapide, elle sera effective et généralisée dans tout le territoire national à horizon 2012.

2.2. Le médecin traitant

Le médecin traitant ou le médecin référant ou le médecin de famille constituent une forme de convention consistant à formaliser la fidélisation du patient auprès de son généraliste. Pour les assureurs, il s'agit d'un moyen de lutte contre la multiplication des prescriptions et un moyen de rationalisation des dépenses surtout médicamenteuses. Le recours au spécialiste se fait sur prescription du médecin référant.

C'est un outil de régulation qui permet de mettre un épilogue à la possibilité de consulter dans la même journée, plusieurs médecins, et ce, sans tomber dans l'excès contraire du médecin exigé, de l'impossibilité de consulter un deuxième médecin pour avis.

⁶⁵ Le lancement de la carte électronique *Chifa* a concerné en octobre 2006 cinq wilayas pilotes (Annaba, Oum El Bouaghi, Tlemcen, Médéa et Boumerdès) avant d'être élargi à cinq autres wilayas en janvier 2007. Il s'agit de Oran, Constantine, Blida, Souk-Ahras et Mila. Elle sera effective et généralisée dans tout le territoire national à horizon 2012.

Pour atteindre les objectifs attendus par la carte à puce *Chifa*, un projet de conventionnement du médecin traitant a été lancé, récemment. Il s'agit en fait, d'adopter de nouveaux mécanismes de rémunérations autres que le paiement à l'acte. Ce projet s'inscrit, essentiellement, dans la recherche de la maîtrise des coûts de santé. Il vise, en outre, à assurer une amélioration de l'accessibilité aux soins pour les assurés sociaux et à instaurer un partenariat entre les médecins et les organismes de la Sécurité sociale.

Il faut dire que le développement de la notion du médecin référant ou du médecin traitant fait partie intégrante de réformes nationales du système de santé algérien, dans la mesure où ce mécanisme permet de réduire les dépenses par une diminution du recours à des actes redondants. Cet outil de régulation médicalisée se retrouve, même au cœur de plusieurs réformes sanitaires, dans de nombreux pays (Cuba, Thaïlande, Tunisie, Égypte, etc.).

Le conventionnement, tel que conçu par la CNAS, vient compléter et parfaire le système du tiers payant qui se limite seulement à la dispensation des médicaments dans le cadre de la prise en charge des soins ambulatoires. Les populations concernées au début de l'expérience seront, alors les assurés sociaux et ayants droit rattachés à ce système. Le conventionnement du médecin traitant dispensera ses bénéficiaires de l'avance des frais d'actes médicaux, à l'occasion des consultations auprès du médecin traitant.

Outre les facilitations pécuniaires qu'il accorde, ce système permet d'améliorer la consultation individuelle dans ses dimensions cliniques et relationnelles. Le médecin traitant connaîtra, mieux que les autres, son patient, il est le mieux placé, du fait que sa relation sera inscrite dans la durée avec son client.

Ce projet concernera, dans sa première phase, les médecins généralistes exerçant à titre libéral, il sera étendu par la suite aux médecins spécialistes pour les malades chroniques. De même, dans le cadre de la contractualisation des rapports entre les structures de santé publiques et la CNAS, le conventionnement sera systématiquement, étendu aux médecins généralistes du secteur public.

Le lancement de ce conventionnement se fera au niveau d'une wilaya pilote (Annaba). Il concernera, dans un premier temps, près de 65 000 assurés sociaux. Sa généralisation dans tout le territoire national se fera à horizon 2012. Le but final de ce conventionnement étant de garantir une certaine économie des ressources notamment, celles engendrées par les prescriptions médicamenteuses et par la multiplication de nombre de consultations pour une même pathologie.

3. La carte sanitaire médicalisée

Aujourd'hui, la carte sanitaire a été médicalisée dans les pays développés, elle a pris, en France, la forme d'un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Elle permet d'assurer une satisfaction optimale des besoins, et ce, grâce à une répartition judicieuse et rationnelle des ressources humaines, des installations et des équipements de haute technologie, en tenant compte des transitions épidémiologique et démographiques ainsi que des progrès de la médecine. Cette carte permet de développer et de répartir à l'échelon régional, les soins en fonction des données épidémiologiques du pays, en général, et de la région, en particulier.

La nouvelle carte sanitaire, en vigueur en Algérie 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 (1 495 polycliniques et 5 117 salles de soins)⁶⁶ qui ne dépendent plus du Directeur de l'hôpital de l'ancien secteur sanitaire⁶⁷. C'est une réorganisation qui s'apparente à l'organisation française de SROS.

En effet, jusqu'en mai 2007, l'Algérie disposait de 185 Secteurs Sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires), 13 CHU (Centres Hospitalo-universitaires) et 31 EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés), la volonté de mettre fin à cette organisation s'est concrétisée par le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007. Le secteur de la santé en Algérie sera doté, alors, de 192 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et 271 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP).

Il est à signaler que l'idée de la régulation des moyens sanitaires à l'échelon régional, en Algérie, n'est pas une idée nouvelle. Elle a été proposée à maintes reprises lors de l'établissement de la carte sanitaire et à l'occasion des discussions sur la réforme du système de santé et la réforme hospitalière. Elle s'est concrétisée par la création de deux établissements : le Conseil Régional de la Santé (CRS)⁶⁸ et l'Observatoire Régional de la Santé (ORS)⁶⁹.

⁶⁶ Ces entités sanitaires couvriront 25 000 habitants, en milieu urbain, et de 3 000 à 4 000 habitants, en milieu rural.

⁶⁷ Ces structures seront, désormais, gérées par un conseil d'administration propre et une direction distincte de celle de l'établissement hospitalier de proximité.

⁶⁸ Créé par arrêté interministériel n°22 en date du 11 avril 1995. Ils sont au nombre de cinq (un par région sanitaire, avec pour siège la wilaya chef lieu de la région sanitaire). Le Conseil Régional de la Santé se veut être « *un organe consultatif ayant pour mission de développer la coordination et la concertation intersectorielles et d'assurer de manière rationnelle et efficiente, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé des populations relevant de sa compétence sanitaire* ».

⁶⁹ Créé par arrêté n°43 en date du 22 juin 1995.

Le premier a un rôle de *planification* : il propose des programmes régionaux, oriente les actions sanitaires en fonction des besoins et des priorités de santé, tout en tenant compte, des moyens financiers disponibles, et procède, également, au contrôle et au suivi périodique des activités de santé. A côté de la planification, une autre mission de *communication* lui est dévolue, il s'agit de la collecte, le traitement et la diffusion de l'information sanitaire.

Quant aux deuxièmes établissements ceux-ci sont des annexes de l'Institut National de la Santé Publique (INSP), Ils forment la structure pivot à l'échelle régionale, tout comme l'INPS. Ils ont pour mission la formation et la réalisation des travaux de recherche en santé publique, ils apportent leur soutien en mettant en place les instruments nécessaires aux actions de promotion de la santé et de lutte contre les maladies.

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 de santé.

4. La médicalisation de l'information en milieu hospitalier

Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information est l'un des outils de la médicalisation de l'information en milieu hospitalier et de la maîtrise des dépenses hospitalière. Il a été mis en place pour remédier principalement aux insuffisances du budget global, qui ne tient pas compte de l'activité réelle de l'hôpital. Il s'apparente à une médicalisation des systèmes d'allocations des ressources hospitalières.

C'est un outil qui s'inspire des instruments mis au point aux Etats-Unis⁷⁰, en 1970, les premières classifications utilisaient la durée de séjour comme variable représentative de la consommation de moyens.

Des regroupements de maladies ont été définis à partir de données et statistiques portant essentiellement sur les diagnostics, les actes pratiqués et les traitements subis par le patient pendant son séjour à l'hôpital.

⁷⁰ Les premières classifications américaines. Les Diagnostic Related Group (DRG) ont été mis au point dans les années 1970 par l'équipe R Fetter à l'université Yale, ces outils sont utilisés depuis 1983 par Medicare pour une tarification à la pathologie dans les hôpitaux.

Il est évident que la connaissance des coûts par pathologie, par le profil hospitalier, permettrait d'allouer des ressources plus réalistes aux hôpitaux. En effet, le but du PMSI⁷¹ est d'assurer le financement des activités de soins effectivement prodigués aux patients. La méthode de calcul des coûts renforcée par le PMSI aide à identifier les pathologies les plus coûteuses. Le calcul des coûts par Groupe Homogène de Maladies GHM⁷² permettrait de cerner l'origine et la formation des coûts et d'établir des comparaisons de profils entre les différents établissements hospitaliers.

En dépit de ces avantages, le PMSI peut, parfois, être dépassé par le progrès de la médecine et ne peut, de ce fait, fournir qu'une information partielle. La définition même de GHM est parsemée de difficultés, à côté de l'apparition de nouvelles maladies dites de civilisation, certaines maladies qui, de prime à bord, sont bénignes, anodines et nécessitent un court séjour, peuvent évoluer vers le long séjour. Il en est de même pour les cas de pathologies très rares ou de maladies orphelines dont l'appréciation de leur valeur devient difficile voire impossible.

De surcroît, la rémunération au GHM, soulève certaines difficultés, la logique voudrait qu'à un GHM corresponde un tarif peut se heurter à l'hétérogénéité des différentes dépenses des séjours (des différents établissements hospitaliers) au sein de chaque GHM (modes de prise en charge totalement différents pour des patients présentant les mêmes anomalies)⁷³. La pratique, la plus répandue, consiste à surestimer les cas des malades et à classer malhonnêtement, les séjours dans les GHM les mieux rémunérés, et ce, pour améliorer, indûment, les recettes d'un établissement hospitalier. En fait, une telle dissimulation est difficile à détecter dans la mesure où la frontière entre certains GHM est vraiment ténue.

Globalement, pour arriver à une maîtrise des dépenses d'un système de santé, il faut étendre l'application, du calcul des coûts, à d'autres structures de santé privées, même si l'extension d'une tarification par GHM aux établissements privés peut soulever le problème du mode de rémunération des praticiens libéraux intervenant dans ce secteur, qui sont inévitablement payés à l'acte, ces praticiens pourraient être éventuellement rémunérés à la pathologie si la nomenclature des actes évoluait dans ce

⁷¹ « Le PMSI repose sur le concept simple d'une classification des séjours hospitaliers, effectuée à partir d'un petit nombre de données médicales faciles à recueillir en routine, en nombre volontairement limité de groupes, qui présentent des caractéristiques cliniques proches et qui sont homogènes sur le plan économique, c'est-à-dire sur le plan des ressources mises en œuvre pour traiter ces patients ». Le PMSI où en est-on Polton. D Annexe n° 6, Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur (1994) : « Le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie », Paris, La Documentation Française.

⁷² Dérivée de la classification américaine des DRG Diagnostic Related Group, la classification en GHM (Expérimenté en France depuis 1983) répartit les séjours hospitaliers en 480 groupes, eux même répartis en 24 Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) chaque CMD correspond à un organe ou un système fonctionnel.

⁷³ Coca.E soulève plusieurs obstacles liés aux caractéristiques des soins dispensés, « les inégalités entre hôpitaux », Berger-Levrak 1995.

sens. Il faudrait alors imaginer une tarification à la pathologie « *hors honoraires médicaux* »⁷⁴.

4.1. La médicalisation de l'information dans les hôpitaux en Algérie

Le Ministère de la Santé a essayé, depuis janvier 2002, de mettre en place un système de calcul des coûts, et ce, pour préparer les établissements hospitaliers, les centres hospitalo-universitaires et l'ensemble des structures de soins publiques aux défis de la contractualisation et aux exigences d'une gestion plus souple qui reflèterait la réalité des coûts engendrés, à l'occasion de la dispensation des soins. Cette méthode permet de développer la réflexion sur les efforts de réduction des coûts.

Le système de calcul des coûts ainsi conçu s'apparente à la comptabilité analytique des entreprises mais adapté au milieu hospitalier : il s'agit de la méthode de sections homogènes dont le découpage se fait en plusieurs sections ayant des activités proches. Les dites sections sont scindées en deux sections « *principales* » et « *auxiliaires* ». Le coût de revient se dégage de lui-même, à l'aide des clés de répartition après la ventilation primaire et secondaire de toutes les charges.

Selon le guide méthodologique de calcul des coûts en milieu hospitalier de 2001 du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) :

- La section principale est composée des activités les plus importantes de l'hôpital (*l'hospitalisation, l'hôpital du jour, la consultation, les urgences, l'hémodialyse, la stomatologie, la médecine du travail, la médecine légale et le SAMU*). Elle a trait aux services qui se rapportent le plus à la mission réelle d'un établissement de santé et qui constituent l'essentiel de l'activité de l'hôpital.
- Quant à la section auxiliaire, celle-ci est divisée en deux sections : sections auxiliaires à caractère médical (*bloc opératoire, l'imagerie, le laboratoire, les explorations fonctionnelles, l'ergothérapie et la rééducation*) et sections auxiliaires à caractère général qui elles-mêmes sont composée de trois parties qui relèvent des activités annexes, il s'agit de : l'administration (*la distribution,*

⁷⁴ Ainsi comme disait Coca E dans son livre « les inégalités entre hôpitaux » « *les grands traits de la rémunération de l'activité hospitalière publique et privée pourraient devenir les suivantes :*

- Chaque séjour hospitalier est valorisé sur la base d'un tarif dit par pathologie indépendant de la structure et permettre soit un financement direct, soit la construction d'un budget pour l'année suivante,
- Chaque mission particulière de service public fait l'objet d'une commande explicite et les surcoûts engendrés sont effectivement pris en charge,
- Chaque agent hospitalier doit pouvoir bénéficier d'un avantage pécuniaire lié à sa contribution à la réalisation d'un résultat, par la conservation du surplus, sous la forme d'un budget discrétionnaire ».

l'économat, le personnel, le bureau des entrées, la surveillance, le standard et la bibliothèque), les services économiques (la pharmacie, les magasins, le parc auto, la lingerie, la buanderie, la cuisine, l'entretien et l'hygiène) et le service social (l'assistance social, le médecin « personnel », les chambres de garde, les logements d'astreinte, la crèche, l'internat, les locaux syndicaux, le foyer et cafétéria).

L'Algérie semble être, en retrait, par rapport à tous les outils de régulation médicalisée, les seuls efforts déployés se sont focalisés davantage sur l'application de la méthode de sections homogènes en tant qu'outil de calcul des coûts en milieu hospitalier. Même la dite méthode souffre des plusieurs lacunes :

- Contrairement à la méthode des américains (DRG) et des français (GHM et PMSI) qui visent à asseoir le financement sur l'activité et le relier davantage aux coûts réels observés, la comptabilité analytique, telle que appliquée dans les établissements publics de santé algériens, n'est pas parvenu à réaliser cet objectif. Au contraire, ce système a entraîné des effets indésirables, on aboutit ainsi à un financement déconnecté du coût réel par pathologie, les coûts dégagés sont ceux de *la section ou de la fonction*⁷⁵ et non ceux relatifs à un Groupe Homogène de Maladies. A cet effet, il y a lieu de s'inspirer des modèles étrangers pour avoir un financement plus en rapport avec l'activité réelle de l'établissement ;
- Dans les sections auxiliaires certaines rubriques encombrant, à notre avis, le calcul des coûts, notamment dans la catégorie des services économiques : il s'agit surtout des tâches qui ne font pas partie du « cœur » de l'activité d'un hôpital (lingerie, nettoyage, buanderie, cuisine, hygiène et entretien), les dites tâches, et dans le but de maîtriser les dépenses et d'accroître la flexibilité et la simplicité dans le calcul des coûts, doivent être réalisées par des intervenants extérieurs (les sous-traitants). Il est plus rentable d'acheter ces biens et ces services annexes en tant que produits finis que de les inclure dans une section pour ensuite chercher à déterminer son coût. Leur prix sera clairement défini et leur addition, dans les charges indirectes, sera fondée sur des coûts réels.
- Dans la détermination et le choix de l'unité d'œuvre, le gestionnaire peut trouver des difficultés quant à la définition des bases servant de critères de ventilation des charges fixes et semi variables non liées directement à l'activité de l'hôpital. L'on peut ainsi avoir des résultats complètement faux à cause de la non pertinence des éléments ayant servi à l'identification des clés de répartition.

⁷⁵ Cheriet F : « Essai de détermination des coûts en milieu hospitalier : cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et d'Aokas dans la wilaya de Béjaïa » in transition et système de santé en Algérie, p 135.

III. LA MAITRISE PAR LE MARCHÉ DES DEPENSES DE SANTE

Depuis la fin des années 1970, le monde a connu un regain d'intérêt aux mécanismes de marché. Le recours aux instruments de régulation libérale « *laissez faire laissez aller, le monde va de lui-même* » s'est intensifié davantage y compris en Europe. En effet, dans ce continent, surtout au Pays Bas, en Grande-Bretagne et en Suisse, s'est développée l'idée que la régulation via le marché constitue une alternative à la régulation comptable et médicalisée. Les limites de la politique budgétaire les ont conduits à développer et à favoriser l'autorégulation économique.

Les réformes que ces pays ont entreprises, dans leurs recherches d'une meilleure efficacité de leur système de santé, avaient comme objectif expressément énoncé : l'introduction de la concurrence. Les fervents défenseurs du libéralisme, tentent d'éradiquer la régulation étatique, en encourageant les lois du marché en matière de rationalisation de leur système de santé, et ce, pour pallier les limites de la régulation traditionnelle qui s'est avérée incapable de maîtriser durablement l'évolution des dépenses de santé. Pour ce faire deux types de concurrence ont été introduits à deux niveaux :

- Au niveau des offreurs de soins ;
- Au niveau des assureurs santé.

Même si la concurrence dans le domaine de la santé reste encore, en Algérie, en jachère administrative, et sans prétendre être visionnaire, il nous semble important d'étudier cette possibilité d'autorégulation économique, à l'heure où l'Algérie est sur le point d'adhérer à l'Organisation Mondiale de Commerce (OMC).

1. Le marché 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 coûts unitaires des biens et services médicaux. En effet, instiller la concurrence entre les différents prestataires de soins via des appels d'offres ou des mécanismes de mise en concurrence, selon des normes prédéterminées de qualité, permet de réduire la marge bénéficiaire des producteurs de soins et de bénéficiaire, par conséquent, du prix le plus bas.

En Algérie, et depuis l'application des mesures d'ajustement structurel (1990), la planification centralisée et l'économie dirigée ont cédé la place à l'économie de marché. L'Etat commence à se retirer progressivement d'un certain nombre de domaines. Le système de santé touché par la crise était contraint à faire appel à des réformes visant à introduire des mécanismes de régulation par le marché. En effet,

l'Algérie a tenté, depuis, d'instaurer une certaine concurrence entre les différents offreurs de soins, la régulation administrative s'amenuise, l'on débute par la suppression du Zoning, du Service Civil et la levée du plein temps pour les hospitalo-universitaires, tout insinuer à une forme d'incitation pour une installation à titre privé. « *A partir de cette date c'est une nette consécration de l'exercice à titre privé, et le début d'une phase d'intégration consensuelle.... L'Etat non seulement ne cherche plus à "contraindre" les médecins à rejoindre le secteur public mais au contraire les pousse à s'installer à titre privé* »⁷⁶.

Depuis cette date, on note une très nette multiplication du nombre de professionnels privés exerçant dans le domaine de la santé. En 2006, on dénombrait 5 913 médecins spécialistes, 6 576 médecins généralistes, 4 728 chirurgiens dentistes et 7 009 pharmaciens⁷⁷, contre 2 528 spécialistes, 4 950 généraliste, 2 473 dentistes et 3 183 pharmaciens, en 1995. L'évolution du nombre de ces praticiens a connu une croissance à un rythme effréné, en 1979, l'Algérie ne disposait que de 981 (médecins et dentistes), ce nombre passe à 2 679 en 1983 et à 3 802 en 1986⁷⁸.

A la fin de 1988 (*la privatisation de l'exercice médical*)⁷⁹, l'on autorise des médecins et spécialistes à créer de cliniques médicales et chirurgicales privées. Un autre secteur, a donc vu le jour, à côté du secteur étatique, il s'agit, en fait, du privé qui s'est implanté rapidement surtout dans les grandes villes. Plusieurs cliniques privées à but lucratif et curatif ont reconfiguré le paysage sanitaire de l'Algérie. On constate, depuis l'ouverture du secteur de la santé au privé (décret 88-204), une certaine *prolifération* des infrastructures privées : 24 cliniques médicales, 160 cliniques médicochirurgicales, 13 cliniques de diagnostic, 118 centres d'imagerie médicale, 206 laboratoires et 490 centres d'hémodialyse⁸⁰ (2006), alors qu'on ne dénombrait que 91 cliniques privées fonctionnelles⁸¹ en 2000. Les spécialités les plus répandues sont : la chirurgie cardiaque, la gynécologie obstétrique et l'hémodialyse.

Cette période a connu, également, de profondes mutations, en faveur du secteur privé pour l'importation de médicaments. Un ensemble de lois, mettant fin au

⁷⁶ Oufriha F Z : « *la difficile restructuration du système de santé en Algérie : quels résultats* » in Cahiers de CREAD 35/36.

⁷⁷ Statistiques sanitaires année 2006, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), février 2008.

⁷⁸ Statistiques du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

⁷⁹ « *De façon générale, l'activité à titre privé, dans tous les domaines, a été fortement découragée voire bannie en Algérie pendant plus de deux décennies après l'indépendance. Cette suspicion à l'égard de l'activité privée n'a pas épargné les professions médicales que l'on a tenté de "nationaliser" totalement ou partiellement à travers une gestion centrale des flux de médecins et toute une série de procédures de limitation, de contrôle et d'orientation d'une installation parcimonieuse et sous contrôle* » (Oufriha, 1993).

⁸⁰ Statistiques sanitaires année 2006, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), février 2008.

⁸¹ Kaid Tlilane N : « *le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa* », thèse de doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. Alger. 2003.

monopole de l'Etat sur le commerce extérieur, autorise l'intervention de l'investisseur privé national ou étranger, dans les différentes phases du circuit du médicament. Cette volonté d'ouvrir ce marché à la concurrence s'est, en fait, concrétisée par le décret exécutif n°92-285 du 06 juillet 1992.

La production et l'importation de produits pharmaceutiques, qui étaient, jadis, un monopole exclusif de l'Etat, sont devenues, surtout pour les importations, une activité qui suscitera un engouement tout à fait réel de la part d'un secteur dominé par de puissants importateurs guidés par une *logique mercantile* (Koudri A et Kernane A)⁸². C'est ainsi que plus d'une centaine d'importateurs seront agréés par les autorités sanitaires au début des années 1990, sur la base d'un cahier des charges⁸³. Le réseau privé pharmaceutique a connu, depuis cette date, un développement fulgurant passant de quelques unités à plus d'une centaine en l'espace de moins de dix ans.

Même si l'économie de marché peut être considérée comme *porteuse d'une indéniable efficacité*⁸⁴, la libéralisation du marché du médicament et des soins de santé, en Algérie, et suite aux différentes insatisfactions des usagers, des praticiens et professionnels de la santé, nous pouvons dire qu'elle n'a permis ni une plus grande disponibilité des médicaments, ni une grande amélioration de la qualité des prestations, ni une réduction des coûts de la santé mais au contraire, les pénuries et les grèves sont toujours récurrentes.

À l'heure actuelle, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur les résultats de la libéralisation de l'économie algérienne, en général, et du secteur de la santé, en particulier, mais nous pouvons dire que dans ce pays, cette émulation qui s'est créée entre les différents offreurs de soin s'apparente, à notre sens, à un oligopole⁸⁵ privé (cliniques et industrie pharmaceutique, etc.) et tend, par conséquent, à limiter la liberté de choix des usagers. Le secteur médical privé exerce sans rivalité par rapport aux prix pratiqués et la qualité des soins prodigués. *Il se contente de percer dans les segments du marché les mieux rémunérés*⁸⁶, son seul souci est d'augmenter

⁸² Koudri A et Kernane A : « *Stratégies des multinationales et problématique d'une politique pharmaceutique en Algérie* » in « Transition et système de santé en Algérie » P 168.

⁸³ Arrêté N° 46 du 07 Octobre 1998 fixant le cahier des conditions techniques de mise sur le marché des produits pharmaceutiques importés et destinés à la médecine humaine.

⁸⁴ Kaïd Tlilane N. : ''*Les conséquences du développement sur l'environnement : cas de l'Algérie*'' . Communication au 1er Séminaire International sur «L'Environnement et ses Problèmes Connexes ». Béjaïa les 05, 06, 07 Juin 2005.

⁸⁵ Pourtant l'ordonnance n°03-03 du 19 juillet 2003 relative à la concurrence a interdit dans son Chapitre II toutes les pratiques restrictives de la concurrence et toute position dominante qui permet à une entreprise d'avoir, sur un marché, une position de puissance économique qui lui donne le pouvoir de faire obstacle au maintien d'une concurrence effective.

⁸⁶ Oufriha F Z « *La montée en puissance des cliniques privées écrèment les segments de soins les plus rémunérateurs et les moins difficile* » la réforme du système de santé en Algérie : un difficile accouchement in système de santé et population P72.

ses revenus par un usage, parfois abusif, des techniques diagnostiques et thérapeutiques.

L'extension du mode libéral d'exercice des professions médicales a même été à l'origine d'une tendance inflationniste des prescriptions. Déjà en 2008, selon les chiffres de la CNAS, plus 70 Milliards de dinars ont été remboursés sous la rubrique de médicaments. Les médecins privés qui ne représentent que 16% de l'effectif des praticiens prescripteurs sont à l'origine de 59,47 % des ordonnances. Les ordonnances les plus chers sont le fait des médecins exerçant à titre privé⁸⁷. Les vertus de la concurrence sont, par conséquent, inhibées malgré la multiplicité des opérateurs et d'intervenants, il faut reconnaître que « *le médecin, notamment le spécialiste et surtout en situation de monopole, peut multiplier les actes pour garantir le maintien de son revenu.* »⁸⁸

2. Le marché des assureurs

La mise en concurrence des assureurs obéit particulièrement aux 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 (ticket modérateur et franchise). La tarification dépend du risque à assurer, de la panoplie des produits d'assurance maladie, des pathologies prises en charge. La prime est calculée en fonction des risques propres à l'assuré, elle dépend de l'âge, du sexe et du passé médical du risque à assurer.

Les premières formes de concurrence entre assureurs sont apparues aux USA, sous la forme de « *Managed Care* », qui s'apparente à une sorte d'intégration entre assureurs et réseau de producteurs de soins, les assureurs décident de salarier leur personnel médical. La clientèle du réseau devient, avec le temps, captive et connue d'avance. Les différents réseaux ont intérêt, ainsi, à minimiser les coûts pour maximiser leur profit. Sous pression de la concurrence sur le marché de la couverture maladie, les *Health Maintenance Organization* (HMO) sont obligés de maintenir un haut niveau de qualité pour garder la clientèle⁸⁹.

⁸⁷ Nezzal L : la consommation de médicaments en Algérie, une tentative d'approche : cas concrets des secteurs sanitaires de Constantine et de Sétif ; Thèse de doctorat en médecine. Constantine 1992.

⁸⁸ Kaïd Tlilane N : « *Consommation médicale des enfants en milieu urbain en Algérie : résultats d'une enquête auprès des ménages de la ville de Béjaïa* » in « Transition et système de santé en Algérie » P 156.

⁸⁹ Mougeot M : Voir rapport « *régulation du système de santé* » page 59. Toutes les études empiriques témoignent de coûts inférieurs de 10 à 50 % à ceux des autres systèmes en vigueur, notamment en raison d'un moindre recours à l'hospitalisation. Quant à la qualité qui a fait l'objet aussi de multiples travaux (Miller et Luft (1994)), on peut constater avec Folland, Goodman et Stano (1995) qu'il serait injustifié de conclure que les HMO fournissent des soins de qualité inférieure.

Comme dans tous les secteurs, la concurrence dans le domaine de la santé est aussi avantageuse aux patients, dans la mesure où chaque réseau s'efforce de proposer des primes mensuelles les plus bas⁹⁰. Ces regroupements ont tout intérêt à ce que leurs assurés demeurent le plus possible en bonne santé et recourent le moins possible aux prestations médicales. Ils accordent une grande importance à la prévention et à l'information de leurs clientèles.

En Algérie, même si la concurrence est à son état embryonnaire et que les compagnies d'assurances publiques ou privées ne sont pas franchement engagées sur un marché, qui n'est pas encore prêt, l'on assiste, malgré tout, à un foisonnement des accords de partenariats entre les compagnies d'assurance et les banques algériennes avec plusieurs institutions financières étrangères.

En effet, depuis le début de l'année 2008, la Compagnie Algérienne d'Assurance Transport (CAAT) s'est alliée au groupe espagnol Fédération des Industriels de l'Automobile et des Transports de Catalogne (FIATC), la Société Nationale d'Assurance (SAA) avec la Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France (MACIF). Le but de ce partenariat est de créer des filiales spécialisées dans l'assurance-vie, les assurances de prévoyance et l'assurance santé. En plus des partenariats entre les compagnies d'assurance avec les étrangers, s'ajoute un autre partenariat de bancassurance entre la Caisse Nationale d'Epargne et de Prévoyance (CNEP Banque) et la Cardif El Djazaïr.

L'ouverture et la libéralisation du marché des assurances, en Algérie, étaient graduelles. La parution, en 1989, des textes relatifs à l'autonomie des entreprises publiques avait, au début, introduit la déspecialisation⁹¹ des compagnies d'assurances. L'ordonnance n° 95-07, du 25 janvier 1995 relative aux assurances, a permis aux compagnies d'assurances de vendre des contrats d'assurances dans toutes les branches. Cette ordonnance, qui est le texte de référence, a permis de mettre fin au monopole de l'Etat, d'une part, et d'ouvrir le secteur des assurances aux investisseurs privés nationaux et étrangers, d'autre part.

La loi n° 06-04 du 20 février 2006⁹², est en suite intervenue, pour apporter certaines modifications à l'ordonnance 95-07. Des transformations substantielles tant au plan institutionnel qu'organisationnel ont été prévues. En effet, la volonté de

⁹⁰ En effet, les réseaux HMO sont moins chers que l'assurance privée traditionnelle. En 2001, pour une personne seule, la prime mensuelle s'élevait en moyenne à 238 \$ dans une Assurance traditionnelle, à 200 \$ dans les Health Maintenance Organizations HMO, 228 \$ dans les Preferred Provider Organizations PPO et 222 dans les Points Of Service POS.

⁹¹ La SAA était spécialisée dans l'assurance automobile, la CAAT dans l'assurance Transport, la CAAR dans le risque industriel et la réassurance.

⁹² Loi n° 06-04 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006 modifiant et complétant L'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances.

développer ce secteur, en général, et les assurances de personnes en particulier, s'est concrétisée à travers de nouveaux articles qui se veulent être un stimulus pour la généralisation des produits d'assurance groupe, soit via le réseau de la bancassurance⁹³ soit via des compagnies d'assurance dont les activités d'assurance-vie doivent être séparées de celles relatives aux autres risques (non-vie).

Il apparaît de ce fait que l'introduction de la bancassurance, l'adoption de nouvelles mesures fiscales incitatives⁹⁴ et les partenariats constitués entre les compagnies algériennes d'assurance et les assureurs étrangers augurent une perspective de relance de la souscription de contrats d'assurance de personnes notamment, d'assurance santé, malgré le fait que l'ouverture n'a pas donné les résultats escomptés en matière de promotion des assurances de personnes⁹⁵. Cette mutation, même, théorique, générerait, dans le futur proche, un dynamisme commercial qui sera caractérisé par la multiplicité de l'offre d'assurance maladie, à côté de l'offre traditionnelle de la CNAS.

Il faut reconnaître que la libéralisation du marché des assurances, en Algérie s'est cantonnée à la promotion des assurances de personnes à travers des conventions et des partenariats entre les différents assureurs économiques algériens, publics et privés, avec des compagnies étrangères. Reste qu'un profond changement, pour introduire des caisses de Sécurité sociales privées, constituera, aux yeux de certains⁹⁶, une révolution trop soudaine et non plausible pour être acceptable pour le moment.

3. Les particularités de la régulation des dépenses de santé par les jeux de la concurrence

La justification de l'« échec du marché »⁹⁷ ou de son incapacité à fournir une solution optimale est due au fait que le système de santé ne peut pas constituer un marché au sens classique du terme. Depuis l'article fameux de M. Rotschild et J. E. Stiglitz en 1976, les économistes ont bien compris qu'il existe plusieurs problèmes qui limitent le recours au marché de l'assurance en tant que mécanisme de

⁹³ Le décret exécutif n°07-153 du 22 mai 2007 fixe les modalités de la vente des produits d'assurances par les guichets bancaires et l'arrêté du 06 août 2007 fixe les produits d'assurances pouvant être commercialisés par la bancassurance.

⁹⁴ La loi de finances 2006 prévoit un abattement de 25% au titre de l'IRG du montant de la prime nette annuelle dans la limite de 20 000 DA.

⁹⁵ Les assurances de personnes représentent environ 6% de l'activité d'assurance.

⁹⁶ Déduction faite à travers les différentes interviews que nous avons eues avec les différents responsables du secteur de la santé.

⁹⁷ S. J. Mushkin en 1958, K. J. Arrow et H. E. Klarman en 1963 : les biens de santé étaient différents des autres biens.

régulation des dépenses, il s'agit, en fait de : la sélection adverse, l'écrémage des risques, l'asymétrie d'information et le risque moral.

3.1 La sélection adverse et l'anti-sélection

La sélection adverse est une expression inventée dans les années 1970 (Akerlof, Stiglitz, Rothschild), elle met en exergue l'effet négatif de la hausse du niveau des primes d'assurances sur une population. Les personnes qui se savent présenter des risques inférieurs à la moyenne, ou se considèrent entant que tel, préfèrent ne pas s'assurer. Les bons risques se trouvent alors persuadés que l'assurance est inutile et ne souscrivent aucune couverture maladie. Les pauvres, par contre, se sachant présenter des risques supérieurs à la moyenne se trouvent dans l'impossibilité de s'assurer, on est alors devant une situation dite *d'Anti-sélection*⁹⁸.

Autrement dit, *ceteris paribus*, une personne présentant un faible niveau de risque se couvre moins. En contractant une assurance, les bas risques acceptent, implicitement, de subventionner les hauts risques (Wilson1977). Il importe de souligner, également, que l'asymétrie d'information est condition sine qua non pour parler de l'anti-sélection. Cette dernière résulte de l'information cachée sur les risques de chaque assuré et qui est inaccessible aux assureurs.

Les assureurs se trouvent alors victimes d'un phénomène de sélection adverse, dans la mesure où seuls les hauts risques s'assurent, "*L'anti-sélection est la tendance des hauts risques à avoir plus tendance à acheter de l'assurance ou à acheter plus d'assurance*"⁹⁹. En réalité, cette situation peut avoir peu de chance de voir le jour car en dehors de l'importance de la prime à payer, la décision de s'assurer ou ne pas s'assurer dépend également du degré d'aversion au risque¹⁰⁰. « *Il faut dire que lorsque l'absence d'information s'ajoute à l'aversion vis-à-vis du risque la dépense augmente* »¹⁰¹.

Cependant, lorsque l'anti-sélection se répand à travers les comportements des assurés présentant un bas risque, les compagnies d'assurances peuvent être mises en

⁹⁸ Henriet et Rochet : « *une fois le risque réalisé, un individu bien portant n'a aucune incitation à financer les coûts de ceux qui sont tombés malades* »

⁹⁹ «Adverse selection is the tendency of high risks to be more likely to buy Insurance or to buy larger amounts of insurance» (Bakker et Van Vliet, 1993). En effet, Plusieurs études montrent que les personnes les mieux couvertes sont les plus risquées. Les hauts risques choisissent les contrats généreux alors que les bas risques optent pour les moins généreux ou moins couvrant.

¹⁰⁰ Si une personne éprouve de l'aversion pour le risque, elle cherchera à se prémunir contre la réalisation de ces sinistres ou du moins, à en compenser les effets en fonction du degré d'aversion au risque, si une personne aisée est risquophobe, elle cherchera à stabiliser sa richesse.

¹⁰¹ Kaïd Tilane N : « *Consommation médicale des enfants en milieu urbain en Algérie : résultats d'une enquête auprès des ménages de ma ville de Béjaïa* » in « Transition et système de santé en Algérie » P 155.

faillite, leurs produits restent invendus. *L'anti-sélection peut entraîner la disparition du marché pour certains contrat d'assurances et donc un échec de marché*" (Proterba 1994) *l'anti-sélection peut entraîner la faillite des compagnies d'assurances et par là même l'échec du marché*, d'autant plus que *"la quasi-totalité des systèmes dans lesquels l'assurance santé est volontaire sont confrontés à l'anti-sélection"* semble assez largement confirmée par les économistes (Culter 1985).

3.2 L'écrémage des risques

L'assureur en s'efforçant de contrecarrer les répercussions négatives, sur la rentabilité financière de sa compagnie, de la sélection adverse, s'adonnent à une pratique dite d'« *écrémage des risques* », il y'a écrémage des risque, lorsque l'assureur tente, par tous les moyens, d'attirer les personnes présentant un faible risque et de refuser les risques individuels les plus lourds et les plus onéreux. Les individus à haut risque, se trouvent alors dans l'impossibilité de trouver un assureur qui accepte de les assurer sans surprime ou sans franchise exagérée. En matière d'assurance maladie, cette pratique est habituellement observée dans les pays où il n'existe pas un système d'assurance maladie universel.

La solution pour contrecarrer les méfaits de l'écrémage des risques, est en quelque sorte proposée par la loi LAMAL de 1994 en Suisse, où on introduit une assurance obligatoire pour l'ensemble de la population et où la sélection par les assureurs est interdite (le rôle de l'ombudsman). Le système déconnecte, au travers un financement socialisé, les contributions individuelles de chacun de son niveau de risque. La loi instaure ce faisant un mécanisme de solidarité des biens portants vers les malades, et les générations les plus jeunes vers les plus âgées.

Une autre solution peut être envisageable pour limiter la sélection des risques sur les marchés d'assurance et apporter des mécanismes correcteurs. Il s'agit d'obliger les assureurs à offrir « *un contrat standard* »¹⁰² dont la prime et la nature de la couverture maladie seraient indiqués au préalable et de ne pas refuser d'assurer la personne qui demanderait à le souscrire, quel que soit son niveau de risque. Tout le monde, alors, obtient la même assurance et paie la même prime (*pooling de Miyasaki*).

3.3 L'aléa moral

Le phénomène d'« *aléa moral* » résulte du fait que la souscription d'un contrat d'assurance peut modifier les comportements des personnes à éviter les risques contre

¹⁰² L'idée selon laquelle imposer aux assureurs de fournir un contrat standard permet de résoudre les problèmes d'efficience est rejetée par Neudeck et Podczek. Les Pays-Bas ont par contre réussi à mettre en place un contrat de ce type appelé (WTZ) qui permet aux personnes âgées de s'assurer sans surprime.

lesquels elles se sont assurées. En matière de risque maladie, une incitation de type opportuniste peut se produire, appelé « *aléa moral ex post* », c'est-à-dire une fois assuré, l'individu se sachant que son état de santé est affecté ; pourra être incité à « *surconsommer* » des soins et des médicaments, dans la mesure où son assurance lui garantit une couverture de la quasi-entièreté des frais engagés pour son rétablissement.

Ce phénomène peut prendre des proportions graves si les professionnels de santé adoptent eux aussi, une attitude opportuniste, et ce, par la *sur-prescription* des examens complémentaires souvent inutiles pour voir leurs rémunérations augmenter en conséquence. Le médecin sait que le malade est solvable, puisqu'il est assuré, il peut avoir tendance à prescrire davantage.

L'aléa moral peut également intervenir en amont de l'occurrence de la maladie, cet aléa est dit « *ex-ante* ». Il se produit lorsqu'un individu se sachant couvert, ne ménage aucun effort à investir dans la prévention, au contraire, il pourra, même, être incité à limiter ses activités *d'autoprotection* (prévention primaire) et *d'auto-assurance* (prévention secondaire et tertiaire) (au sens de Isaac Ehrlich et Gary Becker 1972).

Pour limiter les effets négatifs des comportements potentiels d'aléa moral des assurés. L'assureur peut, d'une part, proposer des contrats à couverture partielle, où l'assuré sera responsabilisé financièrement, dans la mesure où une autre partie des dépenses reste à sa charge, il aura, par conséquent, intérêt à modérer sa consommation en cas de maladie ; on parle alors de « *la coassurance* » et, d'autre part, il peut s'efforcer d'obtenir le détail d'information sur le niveau de risque de ses assurés.

3.4 L'asymétrie de l'information

L'une des principales raisons de l'échec du marché, dans la régulation des dépenses de santé, tient aux imperfections de l'information : le consommateur dispose d'une certaine information sur sa santé, le médecin a un savoir scientifique, et l'assureur se voit dans l'impossibilité d'accéder aux informations sur son assuré. Les travaux primés sur l'asymétrie d'information ont été réalisés dans les années 1970 par Akerlof¹⁰³. Dans le marché d'assurance maladie, l'asymétrie d'information est constituée dans deux cas :

¹⁰³ Akerlof G étudie le cas du marché des tacots, voitures d'occasion, où le vendeur connaît la qualité du produit qu'il met sur le marché mieux que l'acheteur. Ce dernier, incertain sur la qualité du produit, ne désire s'engager que sur des prix faibles, auxquels le vendeur offrant des produits de bonne qualité ne veut pas répondre. Rothschild et Stiglitz ont étendu cette problématique au cas où sur le marché de l'assurance, les consommateurs connaissent leur niveau de risque et les assureurs ne sont pas en mesure de savoir si les personnes présentent un niveau de risque élevé ou faible. Les assureurs sont victimes d'un phénomène de sélection adverse ou d'anti-sélection.

- Si l'assuré souscrit des contrats d'assurance dont la prime est inférieure à celle qu'il est prêt à payer, compte tenu de l'information dont il dispose sur son histoire médicale¹⁰⁴, celle de sa famille, et sa prédispositions à être malade (plus le risque est élevé, plus les individus sont prêts à s'assurer), alors que l'assureur est dans l'impossibilité (La notion d'optimalité au sens de Pareto¹⁰⁵ est donc altérée) d'avoir accès à toute l'information dont son assuré dispose d'une part ;
- D'autre part, l'asymétrie de l'information peut être constituée lorsque le malade ignore la gravité de la maladie dont il souffre et le traitement approprié, alors que le médecin, disposant de ce savoir, traduit la demande de santé en demande de soins, il s'agit, en fait, d'une relation dite *d'agence* (l'assuré délègue sa souveraineté au médecin). Sauf cas de pathologies lourdes ou d'affections bénignes, le patient n'a aucun savoir pour apprécier la pertinence des soins prestés.

Le modèle de Rothschild et Stiglitz (1976) proposent une solution à l'asymétrie d'information en imaginant des *contrats différenciés révélateurs* des niveaux de risques. Les assureurs peuvent, par exemple, en différenciant leurs contrats, pousser les assurés à révéler de précieuses informations sur leur niveau de risque. L'on aboutit alors à une *segmentation spontanée* (Price et Mays), les hauts risques seront tentés de souscrire des contrats d'assurances dont la couverture est plus généreuse, alors que les bas risques acceptent des contrats moins généreux (Cutler et Reber, 1996)¹⁰⁶, les anticipations de dépenses seront alors connues par l'assureur (Marquis)¹⁰⁷. Rawls. J, par contre, propose qu'il y ait un système qui offre des contrats d'assurance à la naissance d'un enfant, en l'absence toute information sur son propre risque.

¹⁰⁴ "Individuals certainly know something about their projected medical needs. People with a history of heart disease, for example, know they are at above risk for a heart attack" (Cutler, 1994b, pp.30). En effet, les personnes qui ont fait face par le passé, à d'importantes dépenses de santé se voient contracter plus d'assurance, cela confirme l'hypothèse selon laquelle les informations ignorées par l'assureur modifient le choix du type d'assurance idoine aux assurés en fonction des soins de santé.

¹⁰⁵ Pareto V. dans son *Manuel d'économie politique* : L'optimalité est atteinte lorsqu'il y'a

– Une atomisticité du marché : il faut une multitude d'offreurs et de demandeurs sur le marché ;

– Une homogénéité des produits : les produits doivent être comparables, la concurrence ne doit jouer que sur les prix,

– Une fluidité du marché : les acteurs peuvent entrer ou sortir du marché à tout moment,

– Enfin, une transparence du marché : toutes les informations doivent être également et parfaitement disponibles à tous les acteurs du marché.

¹⁰⁶ Cutler et Reber, (1996) développent une étude de cas l'université de Harvard. Ils étudient les conséquences d'un changement de politique de financement des achats d'assurance des employés de cette université. Au début, les subventions de l'employeur, pour les personnes qui choisissaient les plans les plus généreux, étaient très conséquentes. Le changement du mode de financement a poussé des personnes à quitter le plan le plus généreux. L'étude montre que les personnes qui abandonnent le plan généreux sont plus jeunes et en bon santé que celles qui restent.

¹⁰⁷ Marquis (1992) a procédé par enquête de ménages pour l'estimation de leurs dépenses anticipées en soins de santé, Marquis étudie alors la différence entre l'estimation faite et les dépenses observées, et ce, pour évaluer dans quelle mesure les anticipations faites par les ménages rendent compte d'une information que l'assureur ignore et se réalisent. Cette technique permet ensuite d'intégrer les dépenses anticipées par les ménages dans le calcul de la prime.

CONCLUSION

Malgré la relation conflictuelle qui peut opposer la régulation médicalisée à la régulation comptable ou à la régulation par le marché, ces trois modes sont, à notre avis, nécessaires et indissociables, aucun ne suffit de lui-même. La mise en œuvre de façon complémentaire et synergique des ces trois dispositifs peut être envisagée et même doit l'être, dans la mesure où pris isolément ou séparément, chacun de ces mécanismes ne permettent d'aboutir qu'à une partie des objectifs de la maîtrise des dépenses de santé.

En dépit du conflit idéologique qui peut exister et perdurer entre les fervents défenseurs du « *tout marché* », les tenants du raisonnement comptable et ceux du raisonnement médical, la régulation du système de santé doit dépasser ce stade d'opposition.

En réalité, la seule régulation médicalisée, par exemple, ne permet pas de maîtriser durablement les dépenses de santé, dans la mesure où cet instrument se focalise davantage sur des bases purement médicalisées, parfois, sans rapport avec des objectifs économiques. La maîtrise comptable, quant à elle, même si elle permet de contenir l'évolution de ces dépenses dispense, parfois, dans son fondement de certaines variables médicales. Il en est de même pour la maîtrise par le marché qui permet, théoriquement, l'allocation optimale des ressources, mais souvent, confrontée aux problèmes de la sélection adverse, de l'écémage des risques et de l'asymétrie d'information.

En effet, pour garantir l'efficacité d'un système de santé et l'accès aux soins pour tout le monde, la couverture maladie, par exemple, ne peut être totalement et exclusivement confiée au marché sans un minimum d'intervention de l'Etat, à titre illustratif une campagne de prévention sanitaire gratuite et obligatoire ne peut être mise en place sans l'intervention de la puissance publique.

Toute critique du système de santé, doit de ce fait, prendre en considération les interactions entre des considérations éthiques, sociales et politiques, entre des variables médicales et économiques à l'aune d'une économie mondialisée, et entre des missions contradictoires dont la conciliation n'étant pas toujours chose aisée.

CHAPITRE II

CHAPITRE II : L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE

INTRODUCTION

Ce chapitre a pour objet de retracer 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. Nous essayons également, de faire le bilan des dépenses pharmaceutiques et de la part relative des importations et de la production locale de médicaments.

Dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé, nous présenterons les réformes entreprises ainsi que les différentes tentatives pour contenir l'augmentation de ces dépenses. Dans l'état actuel des choses, il nous est difficile de les identifier toutes et d'en déterminer leur importance avec précision mais nous tenterons d'en énumérer les principales qui mettent en exergue les changements majeurs de la politique des pouvoirs publics en matière de santé.

Nous commençons ce chapitre par l'hôpital public qui est l'un des composants importants de tout système de santé. A défaut de trouver de nouvelles ressources pour financer les activités à coût élevé des hôpitaux, l'Algérie a commencé à accorder aux hôpitaux publics des degrés variés d'autonomie pour améliorer leur performance, en espérant que cela réduise le fardeau, qui pèse lourdement sur les dépenses de l'Etat à les financer, et renforce leur efficacité et leur efficacité pour les mieux préparer aux défis de la contractualisation.

Nous passerons, par la suite, à l'analyse des résultats de la politique pharmaceutique en tant que politique nationale de régulations des dépenses de médicaments. Nous présenterons les modalités de détermination des prix des médicaments, puis les points majeurs des différentes approches influant sur l'offre ou la demande pharmaceutique, en encourageant l'utilisation des médicaments génériques et les actions envisageables ou envisagées afin de renforcer l'efficacité du système de régulation des coûts pharmaceutiques.

Nous terminerons ce chapitre par un aperçu des principales rubriques budgétaires des organismes en charges de la Sécurité sociale particulièrement la CNAS. Malheureusement, et vu les difficultés rencontrées quant au recueil des statistiques au niveau de la direction générale de la Sécurité sociale, nous nous contentons de présenter la tendance de certaines dépenses de l'assurance soins de santé. Nous présenterons également les réformes adoptées face aux dépenses croissantes inhérentes au système de soins de santé algérien.

I. L'HOPITAL ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE

L'hôpital représente le premier poste de dépenses de santé. C'est l'acteur principal en termes de coût. Partout dans le monde l'hospitalisation est la forme la plus onéreuse de la dispensation des soins ¹⁰⁸, « *le système de soins en Algérie fonctionne à l'instar des autres secteurs moyennant des surcoûts considérables dus au fonctionnement peu intensif, voire aux dysfonctionnements de l'ensemble des unités de soins et en particulier des plus importantes d'entre elles, à savoir les hôpitaux* »¹⁰⁹, en Algérie les 13 CHU, à eux seuls, consomment 30%¹¹⁰ du budget réservé aux établissements publics de santé.

En fait, l'hôpital, le cœur de tout système de soins, est coûteux car, outre la permanence et la continuité des soins ainsi que l'égalité d'accès qu'il doit assurer, est considéré comme *une école* qui forme le personnel de la santé et une structure qui concentre d'importants moyens. L'Etat algérien conscient de l'importance de cet établissement dans l'exercice de son rôle social et celui de l'Etat providence, a mis en place un arsenal juridique pour apporter des réformes idoines. Cette volonté s'est concrétisée en juin 2001, lorsque le Ministère de la Santé et de la Population, change d'appellation pour devenir, également, celui de la Réforme Hospitalière.

1. La réforme hospitalière en Algérie

Dans la plupart des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)¹¹¹, « *le foisonnement d'expérimentations et de réformes montre que tous les pays souhaitent transformer le statut et les règles de gouvernance de leurs hôpitaux pour les rendre plus performant et plus productifs* »¹¹². Toutes les réformes entreprises depuis le début des années 1980, convergent vers un seul but qui est celui d'apporter plus de souplesse dans l'organisation et la responsabilisation des différents acteurs de la santé, en général, et ceux de l'hôpital en particulier.

¹⁰⁸ En France, en 1980, les dépenses d'hospitalisation représentaient 50,2% de la dépense totale des soins médicaux qui représentaient 8,5% du PIB.

¹⁰⁹ Oufriha F.Z : « *Les réformes du système de santé en Algérie : de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins* » in cahiers de CREAD page 121.

¹¹⁰ Kaïd Tlilane N, « *le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa* », Thèse de doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. Alger. 2003, P 59.

¹¹¹ Organisation de Coopération et de Développement Economiques : composée de 30 pays : Allemagne · Australie · Autriche · Belgique · Canada · Corée · Danemark · Espagne · États-Unis · Finlande · France · Grèce · Hongrie · Irlande · Islande · Italie · Japon · Luxembourg · Mexique · Norvège Nouvelle-Zélande · Pays-Bas · Pologne · Portugal · République Slovaque · République Tchèque · Royaume-Uni · Suède · Suisse · Turquie.

¹¹² Modelet P « *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé* » éditions de l'ENSP 2006 Page 82.

C'est dans cette logique que la réforme hospitalière, en Algérie, est venue proposer les axes majeurs des changements à introduire au niveau des hôpitaux. La réforme s'appesantit davantage sur trois principaux volets : il s'agit de mettre en place une nouvelle organisation des soins, d'apporter plus de souplesse dans le mode de gestion et bien sûr, d'instaurer de nouveaux mécanismes de financement basés sur l'activité réelle et sur des relations contractuelles entre les différents bailleurs de fonds.

C'est pour cette raison que dans cette partie de notre mémoire, nous passerons, rapidement, en revue les différentes catégories d'établissements publics prévues par le droit algérien en matière de santé et nous exposerons, brièvement, les spécificités du secteur de la santé pour justifier, enfin, le recours à un nouveau statut pour les établissements de santé. Nous essaierons d'étudier, également, l'évolution des différents modes de financements et les souplesses accordées, récemment, pour arriver à une gestion rationnelle des dépenses hospitalière.

Notre but ne sera pas de dresser ici un historique des réformes successives mais, seulement de présenter les évolutions récentes les plus marquantes. La réflexion tourne autour des changements introduits dans le domaine de la gestion et des statuts des établissements publics de santé, par conséquent à un nouveau mode de financement, visant à aboutir à une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, notamment celles des hôpitaux.

1.1. 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 préalablement, compte tenu des prévisions de dépenses du secteur public de soins de santé, et de la participation budgétaire de l'Etat.

Ce qui veut dire que le gestionnaire devient un simple dépensier du budget dont il dispose, autrement dit, aucune initiative n'est laissée pour une gestion rationnelle de la dépense, dans la mesure où il est impossible d'apprécier l'efficacité des résultats par rapport à des objectifs préétablis.

« C'est une dangereuse mutation d'une logique de gestion à une logique de dépenses où les mécanismes d'allocation des crédits fonctionnent selon une logique de ressources au lieu et place d'une logique de résultat »¹¹³.

Il apparaît de ce fait, que presque la totalité des dépenses prennent la forme de charges fixes déconnectées complètement du volume de l'activité réelle, dans la mesure où aucune justification n'est exigée antérieurement ou postérieurement à l'allocation des ressources, « en effet, l'hôpital facture aux organismes payeurs les dépenses engagées, qui sont entérinées sans aucune possibilité de contrôle et donc de maîtrise des coûts »¹¹⁴, de même la préparation du budget se fait de manière « mécanique »¹¹⁵, sans rapport avec les besoins réels de l'hôpital (*inertie budgétaire* Lamri. L).

« Le forfait hôpital a joué comme mécanisme de dérationalnement financier en Algérie, alors que compte tenu des prévisions de dépenses du secteur public de soins, et de la participation budgétaire par exemple en France, il a été établi pour contenir l'évolution des dépenses dans une fourchette raisonnable et donc pour lutter contre un effet-volume provoqué par une tarification à l'acte et à la journée d'hospitalisation »¹¹⁶. Les inconvénients d'un système basé sur un budget global l'ont emporté sur ses avantages.

En effet, les désavantages liés à ce mécanisme sont innombrables :

En plus du fait que c'est un mode de financement qui n'incite aucunement à la rationalisation des dépenses, il est difficile voire impossible de connaître réellement ce que couvre ce forfait. Les sommes allouées et les soins prodigués aux assurés et leurs ayants droit renseignent mal sur la nature et la qualité des services de santé effectivement dispensés. Les dotations étant forfaitisées mais détaillées par chapitre et par section, les établissements hospitaliers ne peuvent virer leurs crédits de paiements d'une poste à un autre. Les gestionnaires sont incités à dépenser toutes les ressources affectées à chaque chapitre. Il semblerait donc que les hôpitaux ne soient pas expressément incités à contenir leurs dépenses.

¹¹³ Lamri L « *Le financement du système de santé algérien : réalités, enjeux et perspectives* » communication Ecole nationale de la santé publique « la contractualisation » IV journées nationales de gestion des établissements de santé 1 et 2 juillet 1998 numéro spécial in revue *Le gestionnaire*.

¹¹⁴ Ouzzir S : « interrogations autour des conditions de la réforme du financement de la santé : une introduction » in transition et système de santé en Algérie P 44.

¹¹⁵ Les budgets des hôpitaux sont, dans la plupart des cas, basés sur le budget de l'année précédente avec une légère augmentation. La loi n°83-11 du 02/07/1983 précise en matière de la fixation du forfait hôpitaux qu'un décret pris sur le rapport conjoint des ministres chargés respectivement de la Sécurité sociale de la santé et des finances, détermine, chaque année, et en liaison avec la loi de finances, le montant de la participation des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés.

¹¹⁶ Oufriha F.Z : « *Les réformes du système de santé en Algérie* » de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins. CREAD page 135.

La formule du budget global, qui est devenue depuis l'institutionnalisation de la gratuité des soins, la principale méthode de financement des hôpitaux, et qui avait pour but de limiter les dépenses des hôpitaux. Concrètement, cette méthode s'est avérée rédhibitoire, elle n'incite guère les gestionnaires à faire un effort d'efficience, le financement étant, complètement, déconnecté non seulement du volume mais aussi de la qualité des soins prodigués, de même elle ne permet pas aux producteurs de connaître le coût réel de chaque traitement.

Il faut reconnaître que la non prise en compte des coûts de l'activité réelle s'est aggravée suite à l'institutionnalisation de la gratuité des soins, qui a engendré des surcoûts, en effet, « *même gratuite la santé coûte cher, ou plutôt parce que gratuite elle risque de coûter très cher* »¹¹⁷, les résultats de la « *Rand Health Insurance Experiment* »¹¹⁸ confirment le fait que la gratuité contribue à l'explosion des dépenses de santé et montrent que la gratuité des soins entraîne un niveau de consommation supérieur de 46 % à celui que l'on peut avoir, quand les patients supportent l'entièreté des frais.

1.2. Les dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé

Nous étudierons, dans le prochain chapitre, le rôle joué par chaque acteur (l'Etat et la Sécurité sociale) dans le financement des établissements publics de santé. Nous examinons dans ce qui suit, comment sont dépensées les dotations forfaitisées de l'Etat et de la Sécurité sociale selon les différentes rubriques qui composent le budget de fonctionnement des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP), des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) et des Centre Hospitalo-universitaires (CHU).

Nous nous limiterons à l'analyse de la nature des différentes dépenses de fonctionnements de ces établissements de santé depuis 1998 à 2009 (voir détail dans l'annexe n°02). Le rythme d'évolution de ces dépenses sera indirectement mis en évidence postérieurement. Le but recherché, dans cette section, est de voir, par conséquent, quelles sont les rubriques qui pèsent lourdement sur le budget des caisses de la Sécurité sociale. L'intérêt sera porté à l'examen des autres rubriques en dehors de celle considérée comme incompressible notamment les dépenses de personnel.

¹¹⁷ Oufriha F.Z « *Cette chère santé ; une analyse économique du système de soins en Algérie* » OPU, Alger 1992, page 35.

¹¹⁸ Newhouse (1996), Manning et alii (1987) et Bureau (1998)).

Tableau n°01 : Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1998/2009

En millions de DA

Rubriques	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Personnel	33 916	68,34	36 312	66,88	37 185	67,57	45 664	69,37	50 671	65,25	53 948	60,64
Formation	1 327	2,67	1 338	2,46	1 327	2,41	1 523	2,31	1 647	2,12	1 907	2,14
Alimentation	893	1,80	937	1,73	1 024	1,86	1 055	1,60	1 202	1,55	1 354	1,52
Médicaments	7 405	14,92	9 258	17,05	8 240	14,97	8 986	13,65	13 513	17,40	17 381	19,54
Prévention	1 161	2,34	1 161	2,14	1 161	2,11	861	1,31	1 761	2,27	2 434	2,74
Matériel Médical	1 660	3,35	1 860	3,43	1 883	3,42	2 960	4,50	3 186	4,10	4 304	4,84
Entretien Infrastructures	800	1,61	800	1,47	1 161	2,11	1 419	2,16	1 491	1,92	2 300	2,59
Autres dépenses Fonctionnement	1 921	3,87	1 997	3,68	2 326	4,23	2 589	3,93	3 393	4,37	4 436	4,99
Œuvres sociales	523	1,05	609	1,12	705	1,28	744	1,13	769	0,99	864	0,97
Recherches Médicales	20	0,04	20	0,04	20	0,04	20	0,03	20	0,03	40	0,04
Total	49 626	100	54 295	100	55 034	100	65 823	100	77 657	100	88 968	100

Rubriques	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009
Personnel	58 057	60,62	59 406	58,99	66 476	59,69	80 211	55,26	106 767	55,07	112 578
Formation	2 187	2,28	2 275	2,26	2 560	2,30	3 241	2,23	5 825	3	8 000
Alimentation	1 828	1,91	1 813	1,80	3 200	2,87	3 469	2,39	5 109	2,64	6 530
Médicaments	17 633	18,41	20 000	19,86	19 600	17,60	30 036	20,69	40 124	20,69	44 498
Prévention	2 608	2,72	2 730	2,71	3 400	3,05	3 327	2,29	4 921	2,54	8 000
Matériel médical	4 952	5,17	4 177	4,15	5 000	4,49	9 500	6,55	9 937	5,13	10 000
Entretien infrastructures	2 730	2,85	3 000	2,98	3 622	3,25	5 153	3,55	7 748	3,86	8 500
Autres dépenses fonctionnement	4 701	4,91	6 040	6,00	5 768	5,18	8 455	5,83	11 957	6,17	12 500
Œuvres sociales	1 037	1,08	1 226	1,22	1 689	1,52	1 701	1,17	1 720	0,89	1 808
Recherches Médicales	40	0,04	45	0,04	45	0,04	48	0,03	50	0,03	50
Total	95 775	100	100 713	100	111 361	100	145 145	100	193 890	100	212 464

Source : Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

À partir du tableau n°01 et de l'illustration graphique n°01, nous pouvons relever les remarques suivantes :

Les crédits alloués à l'entretien des infrastructures sont très maigres : Ils sont de l'ordre de 1.61% du budget des établissements en 1998, en 2006, ce taux fluctue au tour de 2 %, ce qui nuit à la qualité des services rendus. Cette situation fait que le renouvellement, même partiel, des équipements médicaux est impossible. Effectivement, en 2003, 24% des échographes, 34% des endoscopes et 23% des incinérateurs étaient en panne¹¹⁹ .

À partir de ces chiffres, nous pouvons déduire que la maintenance est loin d'être une priorité dans la plupart des hôpitaux dans la mesure où une bonne politique de passation de marchés peut combler le manque dont souffrent les établissements de santé, en matière de techniciens compétents¹²⁰ et de pièces de rechange dans le domaine de l'équipement médical.

La formation en maintenance hospitalière et le remplacement d'une grande partie des équipements médicaux ont été complètement négligés, un tel matériel a été importé à grand renfort de devises après l'indépendance, est devenu avec le temps totalement vétuste et désuet. Le taux de panne enregistré déjà en 1999 dépassait 20%, les groupes d'appareillages¹²¹ sont principalement les plus touchés.

Les dépenses de rémunération de personnels est la rubrique de dépenses la plus importante, elle absorbe la part la plus prépondérante. Le personnel du secteur de la santé représente 12,9 % des effectifs de la fonction publique. Malgré la tendance vers la baisse, enregistrée depuis l'an deux mil, cette rubrique s'est stabilisée autour de 60% depuis 2003.

Il est à noter que la part de ces dépenses représentait en 1990 plus de 74% des dépenses totales des établissements publics de santé, ce taux reste raisonnable, dans la mesure où ces dépenses sont considérées comme incompressibles, d'une part, au plan international, et d'autre part, ce taux n'est pas considéré comme très élevé, il avoisine par exemple, en France 73 % en 2004 et au Maroc 76 % en 2003¹²².

¹¹⁹ Source : *Statistiques sanitaires – Année 2003*, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

¹²⁰ Pour essayer d'améliorer la situation des équipements médicaux, le Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière a pris des mesures à partir du 1er septembre 2005 obligeant à prévoir dans les contrats d'achat de matériel, des clauses renforçant les obligations des fournisseurs en matière de maintenance (engagement à disposer de techniciens compétents en Algérie, durée minimum de l'obligation de maintenance...).

¹²¹ Kaïd Tlilane N, « *Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa* », Thèse de Doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. Alger. 2003, P 74.

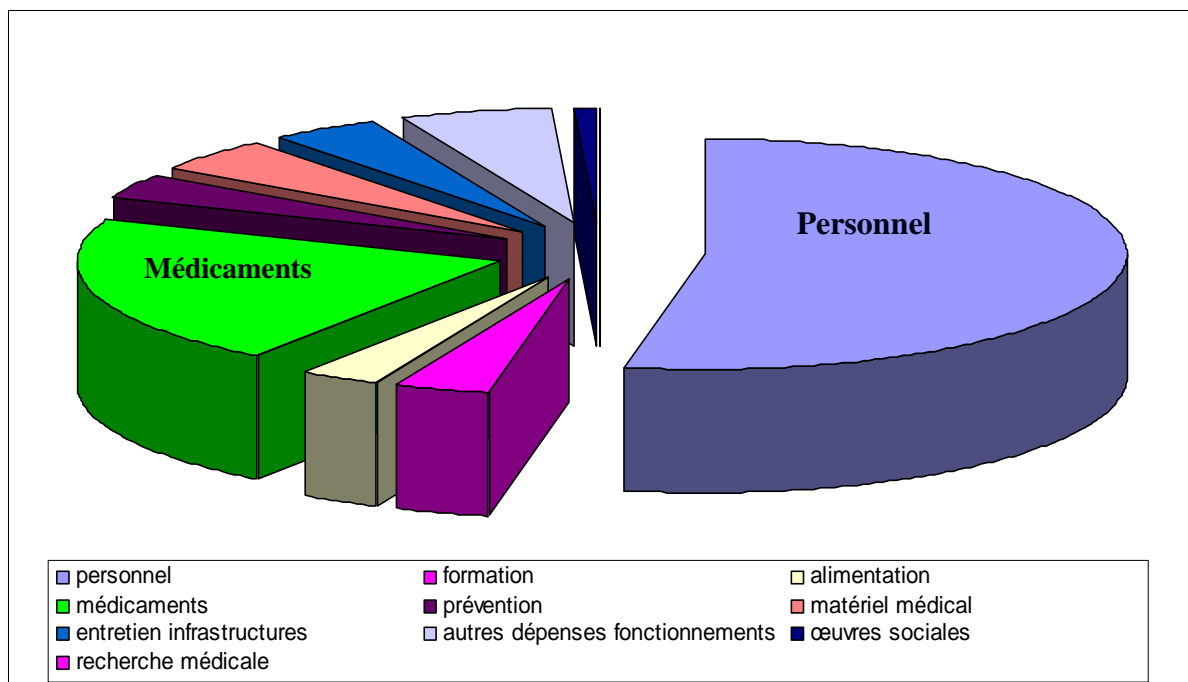
¹²² « *La République Algérienne Démocratique et Populaire à la recherche d'un investissement public de qualité* », une revue des dépenses publiques Volume I, Document de la Banque Mondiale le 15 août 2007. Page 181.

L'autre poste des dépenses le plus important des établissements publics de santé est le poste des médicaments. Cette rubrique vient en deuxième position. Comme illustré dans le graphique ci-dessous près de 20% des dépenses de fonctionnement sont consacrées à l'achat de médicaments. Ce qui nous donne déjà une idée sur l'importance des produits pharmaceutiques dans la réalisation de substantielles économies si l'utilisation du générique se répand au niveau des structures de santé et des hôpitaux publics.

Les dites économies peuvent par la suite alimenter le budget de la recherche médicale. Cette rubrique est loin d'être une préoccupation des pouvoirs publics, sa part est infime, elle demeure inférieure à 0.04 %. Les sommes allouées pour ce poste se sont stabilisées autour de 20 millions DA.

De même les dotations budgétaires destinées à la prévention peuvent s'avérer très insuffisantes, à l'heure où de nouvelles maladies pandémiques apparaissent. Cette situation peut exposer demain le système de santé algérien à de sérieux problèmes vu le manque des moyens matériels mis en place notamment aux chapitres qui peuvent contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Graphique n° 01: Les dépenses de fonctionnement des Etablissements Publics de Santé en Algérie en 2009



Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

1.3. La contractualisation comme mode de gestion rationnel

Selon l’OMS, la contractualisation est définie comme « *un arrangement ou un contrat qui constitue un accord entre deux agents économiques par lequel, ils s’obligent à céder ou s’approprier, faire ou ne pas faire certaines choses* ». À partir de cette définition, nous pouvons considérer la contractualisation comme étant un mode de régulation qui allie à la fois les avantages de la régulation par le marché et ceux de la régulation administrée, sans pour autant avoir les inconvénients de la lourdeur bureaucratique. Elle a pour but de créer une forme de concurrence entre les différents intervenants.

Nous pouvons, en outre, déduire trois formes de la contractualisation telles que relevées par *Perrot.J* en 2003 :

- **La délégation de responsabilité:** il s’agit d’un arrangement par lequel un établissement de santé préfère déléguer, sous certaines conditions, sa responsabilité à un autre acteur qui agira en son nom et à sa place.
- **L’achat de services:** il s’agit d’un contrat par lequel un établissement décide de ne pas faire ou ne pas produire lui-même un service, étant détenteur de ressources financières importantes, il préfère acheter la prestation de services.
- **La coopération contractuelle:** il s’agit d’un ensemble d’accords conclus entre deux ou plusieurs établissements ou acteurs de santé pour une longue période, et ce, pour mettre en commun leurs efforts, leurs moyens et leurs expériences.

1.3.1 L’introduction de la contractualisation en Algérie

La réforme hospitalière, en Algérie, a introduit un nouveau mode de financement qui est celui relatif à la contractualisation. Il s’agit d’établir des rapports contractuels entre l’hôpital et les différents financeurs constitués par les caisses de Sécurité sociale. C’est un nouveau mécanisme de financement qui est censé assurer plus de transparence entre les prestataires de soins et les organismes de la Sécurité sociale.

Chaque admission est conditionnée par une identification du patient : les affiliés doivent être munis de la 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.

Toute admission d'un patient donne lieu à l'établissement d'une fiche navette, laquelle fiche retrace l'historique de tous les actes médicaux, chirurgicaux ou paramédicaux ainsi que toutes les explorations dont a bénéficié le patient à l'occasion de son séjour à l'hôpital. A la fin du séjour, le bureau des entrées de l'hôpital procédera à l'évaluation financière des coûts des actes consommés grâce un « *logiciel patient* » qui convertit les actes en un coût indexé à la nomenclature nationale des actes, l'on obtient alors le coût d'une journée d'hospitalisation.

Conscient de l'importance de l'évaluation financière des activités hospitalières et eu égard aux insuffisances relevées dans le financement forfaitaire, le législateur algérien a redéfini les modalités de financement de la santé, et ce, à partir de 1992. En effet, désormais, les lois de finances disposent que la contribution des organismes de la Sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé, doit se faire sur la base de la contractualisation des rapports.

Cette démarche a été entérinée, en 1996 par l'ordonnance n°96-17 qui stipule, dans son article 29 que : « *les frais des soins et de séjours dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de conventions conclues entre les organismes de Sécurité sociale et les établissements de santé publique concernés* ». Il y a lieu de signaler que le comité interministériel, en charge de la contractualisation, n'a été installé qu'en avril 1995.

A partir de cette date, l'on veut mettre en place une gestion rationnelle basée sur la réalité des coûts, l'approximation n'est plus permise et la gestion forfaitaire doit être bannie des esprits des gestionnaires des établissements publics de santé comme c'était le cas depuis l'instauration de la médecine gratuite, le forfait hospitalier est à son épilogue, il doit céder sa place à la contractualisation.

Le but final étant d'apporter plus d'autonomie aux hôpitaux et une responsabilisation des gestionnaires. Chaque hôpital, devrait avoir un budget en fonction des prestations réelles fournies et non plus sur la base d'un montant annuel forfaitisé qui nous renseigne mal sur le niveau réel de la contribution qui devrait être à la charge de la Sécurité sociale.

La volonté de revoir les relations liant les organismes financeurs et les établissements publics dispensateurs de soins s'est confirmée encore en septembre 1997, lorsque le gouvernement promulgue une instruction interministérielle¹²³ visant à se conformer à l'article 128 de la loi de finances de 1993 qui institue la relation contractuelle en guise de remplacement du « *forfait hôpitaux* » institué en 1974.

¹²³ Instruction interministérielle du 20/07/1997 relative à la mise en œuvre du processus d'expérience du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.

« *L'objectif étant alors de passer d'une gestion budgétaire classique à une gestion par objectifs* »¹²⁴. Malheureusement, en dépit de la multiplicité des réunions entre les différents ministères, des hésitations persistent pour aboutir enfin à une facturation à blanc grâce aux fiches navettes remplies.

Le 16 mars 2002, on installe un groupe interministériel, qui prendra en charge le suivi et l'évaluation de la mise œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de Sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya. Ce groupe a adopté, d'emblée, deux modes de paiement, le « *les coûts moyens de la journée* »¹²⁵ prôné par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière et « *le forfait par pathologie* »¹²⁶ préconisée par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale.

En avril 2004, le cadre réglementaire nécessaire à la mise en œuvre de la contractualisation a été mis en place suite à la promulgation du décret n° 04-101 du 1^{er} avril 2004, qui fixe les modalités de versement de la contribution des organismes de la Sécurité sociale au financement du budget des établissements publics de santé. Ce décret a été suivi par une circulaire du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en date du 15 avril 2004, exhortant les structures de santé publiques à mettre à exécution les premières instructions concernant la phase initiale de la mise en œuvre de la contractualisation, qui est lancée dans une dizaine¹²⁷ d'établissements publics de santé à travers le territoire national.

Le 1^{er} janvier 2005 est considéré comme la date de la mise en œuvre et du démarrage du processus de la contractualisation entre les établissements publics de santé, d'une part, et les organismes de Sécurité sociale, les directions sociales et les directions de l'action sociale des wilayas, d'autre part.

¹²⁴ Oufriha F Z: « La difficile structuration du système de santé en Algérie » : quels résultats ? In Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993.

¹²⁵ Ce coût est déterminé par type d'établissement et par groupes de spécialités homogènes (médicales, chirurgicales, psychiatriques, spécialités lourdes et coûteuses, maternité).

¹²⁶ Le forfait par pathologie est beaucoup plus difficile à calculer, il nécessite une élaboration de consensus thérapeutique par pathologie. Le comité de suivi estime que « *Ce mode de financement a pour base de calcul des références médicales consensuelles fondées sur des critères scientifiques et professionnels objectifs. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par les groupes d'experts serviront à l'évaluation des forfaits par pathologies auxquels s'ajouteront les forfaits d'hôtellerie et de restauration* ».

¹²⁷ L'opération a concerné 3 CHU : Mustapha, Constantine et Blida, 3 EHS : centre Marie Curie –Alger- el Bouni –Annaba- et EL Riadh à Constantine et 4 Secteurs Sanitaires : Médéa, Ouargla, Arzew et Ain Turk.

1.3.2 Les difficultés de la mise en place de la contractualisation en Algérie

Plus d'une décennie après l'adoption des textes incitant à introduire la contractualisation, comme un nouveau mode de gestion et un nouveau mécanisme de financement, les relations contractuelles avec la Sécurité sociale, demeurent non concrétisées et sont toujours au stade des mesures préliminaires et embryonnaires, malgré l'introduction des structures de calcul des coûts au niveaux des établissements sanitaires publics, depuis janvier 2001.

La contractualisation se heurte à certains écueils que nous pouvons résumer comme suit :

- **La non-implication du personnel médical et paramédical**

Cette non-implication apparaît clairement dans le taux de remplissage de la fiche navette qui varie d'un service à l'autre et d'un hôpital à l'autre ; il faut dire que l'impréparation des établissements ne doit pas être ignorée.

A cet effet, nous pensons, qu'il faut dégager un nombre de personnel administratif formé exclusivement pour ce type d'activité, et ce, afin de soulager le personnel médical et paramédical des tâches administratives qui pourraient les éloigner du lit du malade.

- **Le problème de l'identification des hospitalisés**

En effet, les hospitalisations se font pratiquement sans identifier les malades qu'ils soient assurés ou démunis ou ayants droits, la majorité d'entre eux se présentent à l'hôpital sans fournir même une carte d'identité. Se présenter muni de sa carte d'assurance reste loin d'être une culture.

De même, l'identification des démunis reste non achevée, malgré la publication du décret n°01-12 du 21 janvier 2001 qui fixe clairement les modalités d'accès aux soins de santé pour cette frange de la population. Pour mettre un système capable de faciliter l'évaluation des dépenses des indigents ainsi que la part de l'Etat dans le financement de ses actions sociales dans le domaine de la santé, le professeur Lamri. L¹²⁸, spécialiste en économie de la santé, préconise, à l'instar du système de santé turc¹²⁹, la création d'une caisse d'assurance pour les catégories particulières.

¹²⁸ Lamri L : « Changeons le système de santé ». Revue de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INPFP), édition 2001.

- **Le manque de moyen informatique**

La mise en place de la contractualisation exige une comptabilité analytique et des équipements informatiques adéquats, ce qui est encore loin d'être le cas dans de nombreux établissements publics de santé que nous avons visités. L'informatisation doit aller de pair avec un renforcement des investissements dans la formation du personnel à cette tâche.

- **Le manque de consensus sur la méthode de calcul des coûts :**

Le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière défend une méthode basée sur l'utilisation de "coûts moyens de la journée", alors que le Ministère du Travail, de l'Emploi et de La Sécurité Sociale souhaite retenir une méthode reposant sur « une tarification à la pathologie », un projet prévu par la loi de finances de 1993 continue de subir les méfaits de la divergence des différentes parties.

- **Le retard accumulé depuis 1993**

En fait, il a fallu attendre avril 2004 pour voir un décret exécutif qui définit les modalités d'application de la contractualisation sur le terrain. Il a, également, fallu attendre 2002 pour qu'un Comité Interministériel voit le jour. Il a fallu attendre le 1er janvier 2005 pour qu'une note ministérielle soit adressée à tous les établissements de santé publics les informant du démarrage du processus de la contractualisation et les exhortant à se conformer aux directives contenues dans le décret n° 04-101 du 1er avril 2004.

1.4. Un nouveau statut pour une maîtrise des dépenses de santé

Les hôpitaux, en Algérie, au plan de l'organisation et du fonctionnement sont érigés en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) dès 1981, par les décrets n°81-242 et n°81-243 du 5 septembre 1981. Les CHU sont également, dotés du statut d'EPA¹³⁰. Ce statut rigidifie leur mode de gestion et de fonctionnement. Ils sont, en fait, soumis aux règles de la comptabilité publique et leurs personnels sont régis et encadrés par les statuts de la fonction publique, tout comme une autre administration classique dont les gestionnaires n'ont aucune autonomie de décisions et

¹²⁹ Le système de santé turc, à côté des caisses de Sécurité sociale qui existent déjà (SSK, Emekli Sndigi, Bag-Kur) a créé en 1992 une autre caisse d'assurance financée par le gouvernement, appelée Green Card qui garantit des soins gratuits aux démunis et aux personnes pauvres ayant un salaire minimum inférieur à un certain niveau défini par la loi.

¹³⁰ Ordonnance n°76-12 du 20 février 1976.

toute initiative doit être soumise à l'accord de la tutelle. Aucun niveau de performance n'est exigé.

Cette situation que nous appelons de « *nonchalance* » s'est aggravée avec l'introduction du forfait hôpitaux et la suppression de la facturation des prestations à partir de l'instauration de la gratuité des soins.

La volonté de maîtriser les dépenses de santé, par le biais de l'hôpital s'est confirmée par la mise en place de la contractualisation, qui nécessite, en fait, un nouveau régime basé sur une autonomie de gestion renforcée. Cette nouvelle démarche nécessite elle aussi, la passation de contrats d'objectifs avec les différents établissements hospitaliers et la révision des modalités de rémunérations du personnel de l'hôpital. D'où l'idée de passer des EPA aux Etablissement Public à Caractère Spécifiques (EPCS).

Les nouvelles dispositions introduites principalement, dans ce contexte, par le décret présidentiel n°03-270 du 13 août 2003, sont en fait, une adaptation des anciens textes aux mutations politiques et socio-économiques qu'a connues le pays, et ce, dans le but d'apporter plus d'autonomie au secteur de la santé. En effet, la loi 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises économiques n'a prévu que trois catégories d'établissements :

1. Etablissement Public à caractère Administratif EPA ;
2. Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial EPIC ;
3. Etablissement Public à Gestion Spécifique EPGS.

La santé est toujours considérée comme un bien spécifique, sa gestion par les établissements publics, doit nécessairement, à notre sens, revêtir une forme spécifique. Les règles d'organisation et de fonctionnement doivent lui être particulières et spécifiques et ce, en raison de la nature des activités sanitaires, caractérisées essentiellement, par la production de biens non marchands (le consommateur n'est pas toujours le payeur)¹³¹.

Doter les hôpitaux de statut d'EPCS revient à dire que les établissements publics sanitaires ont plus d'autonomie et également plus de responsabilités. Il y'a

¹³¹ Plusieurs économistes considèrent que la santé est un bien non marchand, S. J. Mushkin en 1958, K. J. Arrow et H. E. Klarman en 1963) les biens de santé sont différents des autres biens. Destanne de Bernis : « *les questions de santé appartiennent par nature au secteur non marchand de l'économie, certes, il y'a des coûts et des prix, mais ceux-ci concernent les soins et non la santé, et dans ce secteur particulier de l'activité sanitaire qu'est la santé publique au sens strict, il n'y a même plus de prix* » in revue française de la santé publique n°5,1979 point de vue sur l'économie de la santé. Rothschild et Stiglitz disent que: "*Insurance markets differ from most markets because in insurance markets competition can destroy the market rather than make it works better*"(1997).

effectivement, une obligation de résultat qui pèse sur le gestionnaire, outre la gestion de l'établissement qui lui incombe, le directeur général dispose d'une marge d'initiative.¹³²

C'est autour de cette réflexion que l'Etablissement Hospitalier et Universitaire d'Oran (EHU Oran) a été créé en 2003, par décret présidentiel¹³³, d'une capacité de 740 lits. Cet établissement est doté du statut d'Etablissement Public à Caractère Spécifique, de la personnalité morale et d'une autonomie financière. Son mode de gestion n'est plus soumis aux principes de base de la comptabilité publique¹³⁴.

En effet, contrairement aux établissements publics de santé organisés en EPA, qui tiennent leurs comptes selon les règles de la comptabilité. Les EPCS, sont soumis aux règles de droit privé en matière comptable.

L'application de ce nouveau statut aux établissements de santé a été étendue en 2005, 2006 et 2007 à cinq (5) autres établissements hospitaliers (Ain-Timouchent, Skikda, Ain El Turk, Ain Azel et Didouche Mourad de Constantine)¹³⁵.

Ce type d'établissement vise l'autonomisation de la gestion financière et comptable et même du personnel. En fait, « *l'hôpital doit s'adapter aux besoins de la population, aux évolutions démographiques, aux progrès des technologies médicales et aux impératifs de maîtrise des dépenses de santé* »¹³⁶.

Cette nouveauté est un assouplissement des statuts de l'hôpital qui ménage à cet établissement davantage d'« *espace de liberté* » dans sa gestion et offre une organisation médicale pragmatique.

Le nouveau mode de gestion attribué aux 6 établissements¹³⁷ cités ci-dessus, est venu pallier la lourdeur de gestion et la rigidité des EPA liées essentiellement à un fonctionnement bureaucratique, privé d'autonomie de gestion, tel qu'il a été énoncé clairement dans l'exposé des motifs du décret portant création de l'EHU d'Oran.

¹³² Conformément à l'article 15 du décret présidentiel n°03-270, le Directeur Général est « *chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le Conseil d'administration* »

¹³³ EHU Oran créée par décret présidentiel n°03-270 du 13 août 2003.

¹³⁴ Le principe d'unité, l'universalité, l'annualité, la non affectation des recettes.

¹³⁵ L'établissement hospitalier de Ain Témouchent créé par le décret exécutif n°05-459 du 30/11/2005 d'une capacité de 240 lits, celui de Skikda, créé par le décret exécutif n°06-143 du 26/04/2006, d'une capacité de 240 lits, celui de Ain El Turk créé par le décret exécutif n° 06-384 du 28/10/2006, d'une capacité de 240 lits, celui de Ain Azel, créé par le décret exécutif n°06-422 du 22/11/2006, d'une capacité de 120 lits et celui de Didouche Mourad de Constantine créé par le décret exécutif n°07-209 du 01 juillet 2007, d'une capacité de 240 lits.

¹³⁶ Modelet. P : «Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé » éditions de l'ENSP 2006 Page 14.

¹³⁷ Contrairement à l'EHU d'ORAN, les cinq autres établissements ne sont pas dotés d'un comité de pilotage du projet d'établissement ni d'une commission de conciliation de médiation.

Quatre (4) raisons sont, en effet, évoquées :

1.« Donner plus d'autonomie à l'établissement publics pour lui permettre de développer les stratégies nécessaires à la prise en charge de ses missions ;

2.Réduire la tutelle et le contrôle pour les circonscrire dans les missions de l'Etat recentrées sur la définition de politiques, la régulation juridique et technique, le contrôle et l'évaluation ;

3.Responsabiliser les organes de gestion ;

4.Diversifier les rapports entre l'Etat central et ses établissements à travers des outils faisant appel tant aux formes « injonctionnelles » classiques qu'à des formes contractuelles et de partenariat »¹³⁸

1.4.1. Les difficultés d'application du nouveau statut des hôpitaux en Algérie

Même si en théorie, le nouveau statut donne plus d'autonomie de gestion aux EHU (voir annexe n°03), en pratique, le financement de l'EPCS est quasi identique à celui de l'EPA, que l'établissement public soit organisé en EPA ou en EPCS, il n'y a pas d'importantes modifications du point de vue de mode d'élaboration des prévisions budgétaires, dans la mesure où l'EHU reçoit, toujours, des subventions¹³⁹ de la part de l'Etat.

De même, l'un des objectifs recherchés par l'application de cette catégorie spécifique d'établissement public au secteur de la santé est de réduire l'interventionnisme des pouvoirs publics et d'apporter une autonomisation à ces établissements, force est de constater que le pouvoir tutélaire est omniprésent. Son intervention se manifeste à travers la nomination de tout le staff de direction et la mise en place de l'organigramme de l'hôpital.

Nous pouvons, également, relever quelques difficultés liées, essentiellement à la gestion du personnel, plusieurs zones d'ombre persistent concernant l'introduction de nouvelles règles de gestion et de rémunération du personnel¹⁴⁰. Les textes sont

¹³⁸ Boudoukha A « L'établissement public à caractère spécifique au secteur de la santé » mémoire magister droit des entreprises, université d'Alger « Benyoucef Benkheda » faculté de droit de Ben Aknoun page 35.

¹³⁹ L'article 22 des dispositions financières du décret présidentiel n°03-270 du 13 août 2003 prévoit que « le budget de l'établissement hospitalier et universitaires (EHU) comprend : en recettes : les subventions de l'Etat, les subventions des collectivités locales, les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de Sécurité sociale, les dotations exceptionnelles, les fonds propres liés à son activité, les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels, les dons et legs octroyé dans le cadre de la législation en vigueur, les ressources découlant de la coopération internationale, toutes les ressources liées à l'activité de l'établissement, en dépenses : les dépenses de fonctionnements, les dépenses d'équipements et toutes autres dépenses liées à son activité. »

¹⁴⁰ L'hypothèse proposée par Boudoukha A « L'établissement public à caractère spécifique au secteur de la santé » mémoire magister droit des entreprises, université d'Alger « Benyoucef Benkheda » faculté de droit de Ben

aussi, muets quant à la question du statut des biens appartenant aux nouveaux établissements hospitaliers, à cela s'ajoute l'appréhension parfois légitime, de la part des administrateurs et financiers de l'hôpital, vis-à-vis de profondes réformes que prétend apporter ce nouveau dispositif.

Il faut reconnaître que les différentes réformes entreprises tant sur le plan des statuts que des modalités de financement, ne sont pas parvenues à une maîtrise des dépenses, mais augurent, malgré tout, une volonté de rationalisation et marquent le début d'une modification des relations entre les différents acteurs du système de santé, en général, et des hôpitaux, en particulier.

Dans tous les cas, l'on considère que plus d'autonomie implique, à notre avis, plus de responsabilisation. C'est, en fait, autour de cette idée qu'il faut simplement engager l'hôpital et le gérer comme une entreprise, en responsabilisant davantage tout le personnel de l'hôpital qu'il soit médecin ou administrateur, avec une réelle exécution des lois et règlements y afférents. La réforme, même si elle peut paraître correcte dans les textes, c'est sa mise en application sur le terrain par les gestionnaires de santé qui en fera d'elle une œuvre réussie ou un leurre chimérique. C'est l'adhésion de l'ensemble des acteurs de la santé qu'il faut rechercher.

A côté des modifications des statuts des hôpitaux qui peuvent apporter plus de souplesse et d'autonomie dans la gestion et qui donnent à ces établissements les moyens d'une performance accrue. L'hôpital est, à l'heure actuelle, appelé à se dégager de certaines fonctions qui peuvent l'encombrer et affecter négativement la maîtrise de son processus des soins hospitaliers.

En effet, l'ensemble du processus de production peut être décomposé en plusieurs fonctions qui ne relèvent pas de la tâche principale d'un établissement de soins, en tant qu'entité hospitalière complète. Il s'agit des activités secondaires et auxiliaires qui peuvent être identifiées pour être confiées à des sous-traitants ou des prestataires spécifiques mieux équipées et plus compétentes. Il s'agit de l'externalisation qui consiste à se concentrer sur l'activité principale que l'hôpital peut maîtriser parfaitement, il ne s'agit plus d'être performant sur tous les métiers nécessaires à sa production.

Dans moult cas, en Algérie, des prestations qui pourraient être assurées plus efficacement en les sous-traitants ont été exécutées par l'hôpital. Pour les

Aknoun page 71, est que le personnel de l'établissement serait donc soumis à un régime mixte ; de droit privé, pour les personnels régis par la convention collective et de droit public pour les personnels hospitalo-universitaires soumis au statut de la fonction publique, elle serait conforme aux objectifs recherchés en adoptant le statut d'EPCS en matière de flexibilité dans la gestion.

établissements hospitaliers, l'externalisation peut toucher l'ensemble des services qui ne se rapportent pas à leur activité principale. Il s'agit des services annexes et moyens généraux : alimentation, lessive, nettoyage, restauration, blanchisserie, gardiennage, transport, logistique, chauffage, entretien des locaux, maintenance des équipements, cuisine, repas et hôtellerie.

En Algérie, l'externalisation a été tenté dans de nombreux CHU (Bab el oued, Beni-Messous, etc.), malheureusement, il n'existe pas d'étude qui fasse un bilan des expériences pour en tirer des conclusions sur le succès ou l'échec d'une telle expérience et pour décider d'en faire ou non un élément d'une politique systématique.

II. LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE

La politique pharmaceutique est, en Algérie, comme partout dans le monde, un outil de régulation des dépenses de médicaments, dans la mesure où elle vise outre, l'accessibilité économique et équitable des médicaments essentiels de qualité, l'usage rationnel des médicaments. La branche présente, également, un atout économique pour la création de richesses et de l'emploi, d'une part, et d'autre part, parce qu'elle occupe une place importante dans les échanges extérieurs¹⁴¹ de l'Algérie. La consommation de médicaments ainsi que les dépenses consacrées à leur achat connaissent une croissance rapide. Jusqu'à ce jour, la demande nationale de produits pharmaceutiques, surtout de médicament, n'a pu être satisfaite que par le recours, parfois quasi exclusif, aux importations.

Pour bien cerner les particularités de ce secteur, nous essayons, dans cette section, d'examiner les caractéristiques du marché des médicaments algérien eu égard à ce qui se passe dans d'autres pays et de déterminer la portée des mesures prises par les pouvoirs publics. Il faut dire que ces derniers ont fait plusieurs tentatives de régulation de l'offre et de la demande des médicaments pour contrôler l'évolution des dépenses médicamenteuses. Nous passerons, brièvement en revue, le développement de la branche du médicament, à l'aune des réformes économiques, des politiques d'ajustement structurel, des tendances à la libéralisation de l'économie et les nouveaux accords commerciaux (accords d'association et l'OMC) qui peuvent influencer sur la politique pharmaceutique algérienne.

¹⁴¹ En 2006, le médicament représentait le 2^{ème} poste des biens de consommation après les céréales et le 7^{ème} poste des importations en valeur absolue (Rapport principal « Analyse de la filière industrie pharmaceutique Algérie 2007) euro développement PME.

1. Marché du médicament¹⁴²:

Cette partie de notre mémoire n'est qu'une fiche synoptique qui décrit d'une façon lapidaire les différents éléments de réflexions sur le marché actuel du médicament et les outils de régulations y afférents. Nous allons nous intéresser, à l'importation de médicaments et la part de la production locale dans la couverture des besoins nationaux.

1.1. Les importations de médicaments

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 de médicaments (voir le tableau n°03). Elles représentent 972 millions USD en 2004, ce montant a presque doublé en quatre (4) ans, pour atteindre 1 850 millions USD en 2008, la facture du médicament semble être très lourde pour un Etat dont l'essentiel des ses biens sont exclusivement importés.

Déjà durant les cinq premiers mois de l'an 2010, selon le Centre National d'Informatique et des Statistiques, la facture des importations de produits pharmaceutique a dépassé les 625 millions de dollars ce qui tissera encore davantage les chaînes de dépendance de l'Algérie, malgré une légère baisse par rapport à la même période de l'année 2009.

De 2005 à 2009, les importations totales ont, généralement, connu une tendance haussière tout comme les médicaments importés, elles ont presque doublé. En terme de quantités, en 2008, l'Algérie a importé plus de 57 milles tonnes contre 29 milles tonnes en 2007. Les médicaments représentent, en moyenne plus de 16% du total des biens de consommations et d'alimentations importés (Voir le tableau n°02).

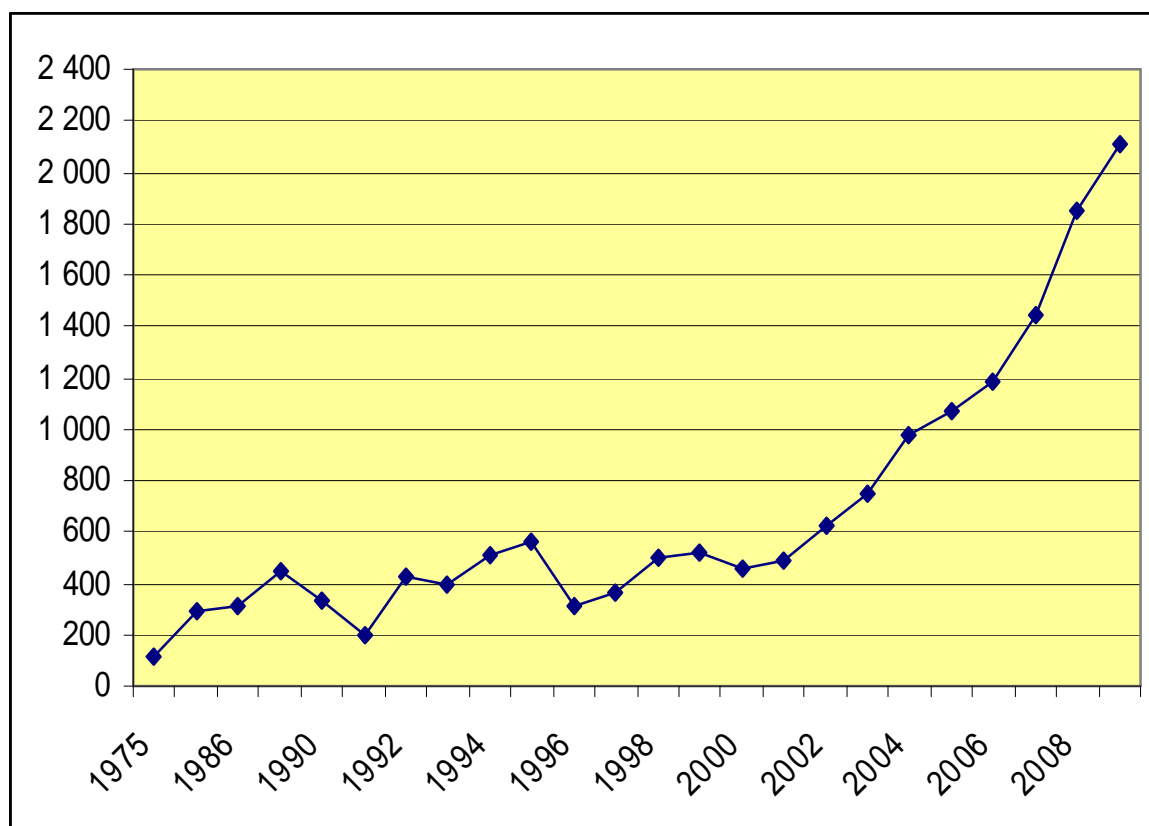
¹⁴² Art 70 de la loi 85-05 : « on entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, tous produits pouvant être administrés à l'homme ou à l'animal en vue d'établir in diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques ». Art 71 : « sont également assimilés à des médicaments : les produits d'hygiène et produits cosmétiques contenant des substances vénéneuses à des doses de concentrations supérieures à celles fixées par arrêté du ministère de la santé, les produits diététiques ou destinés à l'alimentation animale qui renferment des substances non alimentaires leur conférant des propriétés sur la santé humaine ».

Tableau n°02 : Evolution des importations de médicaments, en Algérie, par rapport aux importations totales de 2005 à 2009 en millions USD.

	2005	2006	2007	2008	2009
Importations totales (1)	20 357	21 456	27 631	39 181	39 408
Importations des biens de consommations et alimentations (2)	6 964	6 811	8 706	12 837	10 806
Les importations de médicaments (3)	1 072	1 188	1 447	1 850	1 764
3/1	5,26%	5,53%	5,23%	4,72%	4,48%
3/2	15,4%	17,44	16,62	14,41	16,32

Source : Direction Générale de la Douane CNIS
Banque d'Algérie et Office National des Statistiques

Graphique n°02: Evolution des importations de produits pharmaceutiques en millions USD de 1975 à 2009



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du Centre National de l'Informatique et des Statistiques – Direction Générale des Douanes.

La lecture du tableau n°03, nous permet de tirer quelques enseignements quant à l'évolution des importations. Il faut rappeler qu'au lendemain de l'indépendance, plus de 80 à 90% de l'approvisionnement en médicaments ont été constitué par les importations dont le monopole était détenu depuis 1969 par la PCA puis par les trois PHARMS. De 1989 à 2001, nous constatons que, le volume des importations était presque maîtrisé et maintenu à des niveaux relativement bas, il fluctuait autour de 450 millions USD en moyenne. Cette maîtrise est due, d'une part aux recommandations de la Banque Mondiale et d'autre part à la contraction des ressources suite à la chute des prix des hydrocarbures.

Tableau n°03: Evolution des importations annuelles des produits pharmaceutiques¹⁴³ de 1975 à 2010

Année	Valeur en Millions USD	Valeur en Millions DA	Poids en Milliers De Tonnes
1975	116	462	-----
1980	290	1 107	-----
1986	312	1 510	-----
1989	447	3 382	34
1990	333	2 951	32
1991	202	3 728	20
1992	428	9367	38
1993	396	8 316	26
1994	504	17 592	31
1995	556	26 475	37
1996	313	17 117	20
1997	362	20 810	16
1998	495	27 607	28
1999	523	34 616	29
2000	457	33 641	33
2001	492	37 085	32
2002	619	48 206	29
2003	745	56 262	28
2004	976	67 952	26
2005	1 072	73 431	26
2006	1 188	82 713	25
2007	1 447	100 370	29
2008	1 850	119 474	57
2009	2 104	159 919	-----
2010 (5mois)	625	46 250	-----

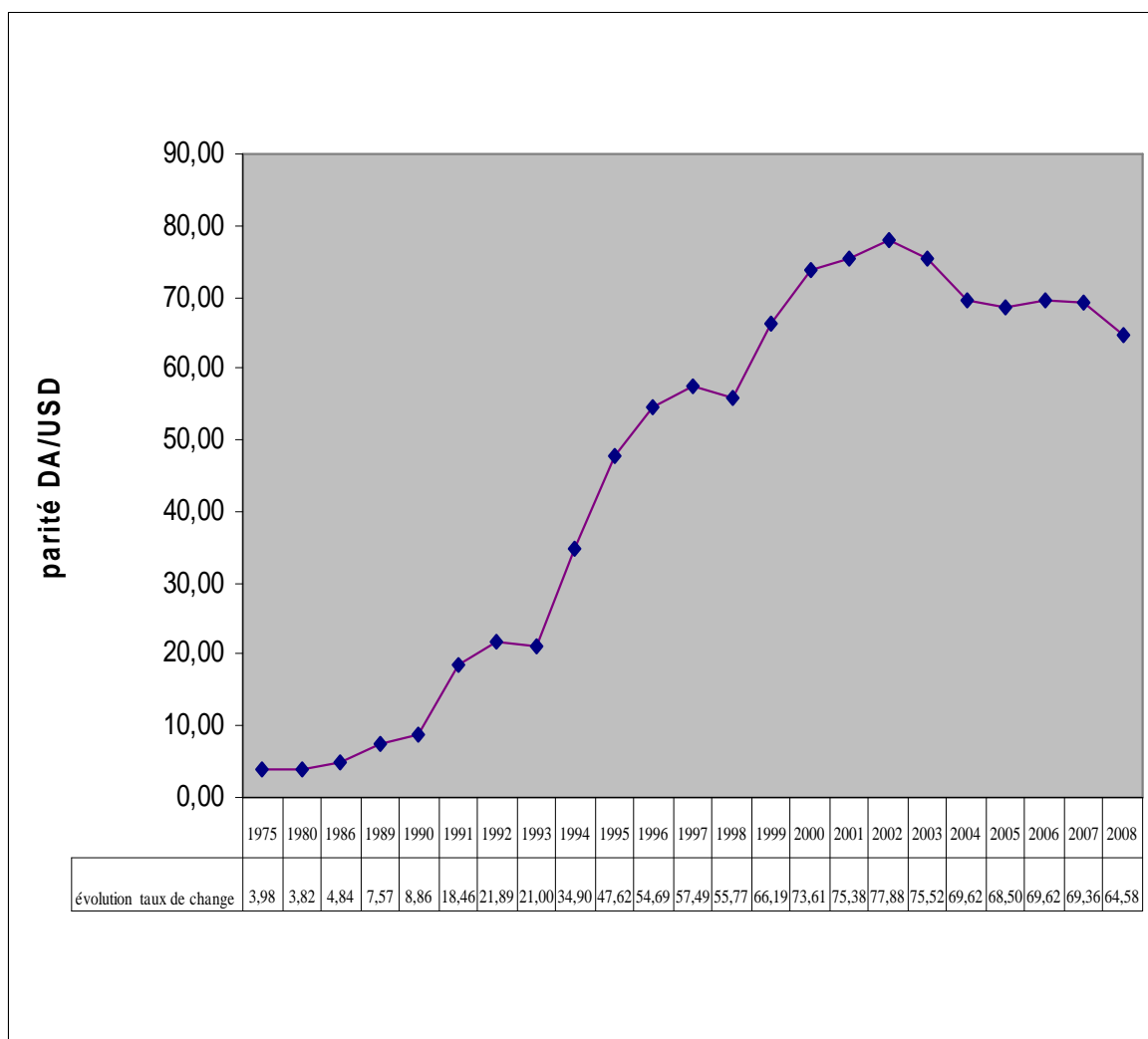
Source : Centre National d'Informatique et des Statistiques – Direction Générale des Douanes.

¹⁴³ Art 169 de la loi 85-05: « au sens de la loi, les produits pharmaceutiques comprennent les médicaments, les réactifs biologiques, les produits chimiques officinaux, les produits galéniques, les objets de pansements et tous autres produits nécessaires à la médecine humaine et vétérinaires »

Il faut dire que la valeur des importations en dinars algériens a été amplifiée par les différentes dévaluations décidées depuis 1994 (voir le graphique n°03), qui auront, par la suite, un effet inflationniste qui renchérisse davantage les prix. La valeur des importations était de 312 millions de USD en 1986 soit 1 510 millions DA pour un même montant en USD, on aura une contrepartie en dinars algériens qui a été multipliée par 11 en 1996 pour atteindre 17 117 millions DA.

Fort heureusement, la moyenne de la consommation médicamenteuse des algériens se situe à des niveaux relativement très bas, qui est de l'ordre de 60 \$ (Tunisie et le Maroc : 36 \$) comparativement à d'autres pays (les Etats-Unis : 728 \$, la France : 606 \$, le Canada: 507 \$, l'Italie : 498 \$, la Tchéquie : 300 \$, le Mexique : 125 \$, etc.)¹⁴⁴.

Graphique n°03: Evolution du taux de change : parité DA/USD



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du Centre National d'Informatique et des Statistiques : Direction Générale des Douanes

¹⁴⁴ Université Sherbrook données statistiques : année 2006.

Il importe de souligner qu'en dehors de ces dévaluations, l'Algérie est située en 39^{ème} place des importateurs de médicaments, juste derrière la Thaïlande, l'Irlande, la République Tchèque et l'Afrique du Sud et juste devant la Norvège, le Pakistan, l'Egypte et Israël. Selon la revue World Review 2007, le Maroc est situé en 50^{ème} position et la Tunisie 63^{ème}.

Cette situation peut être, également, due à l'inefficacité de la liste restrictive des médicaments à importer qui est censée être le moyen le plus efficace pour assurer une cohérence entre les capacités de financement et les besoins prioritaires. Malheureusement, en Algérie, le marché du médicament est inondé par une prolifération de produits pharmaceutiques, le même produit est vendu par certaines grandes firmes sous 25 noms différents¹⁴⁵

Tableau n° 04: Les produits pharmaceutiques enregistrés en 2007 selon l'origine

Dénomination commune internationale	Produits enregistrés selon le pays d'origine		Nombre total de produits enregistrés
	Algérie	Autres pays	
DICLOFENAC	22	93	115
PARACETAMOL	55	46	101
AMOXICILLINE	26	72	98
AMPICILLINE	9	45	54
PIROXICAM	11	36	47
GENTAMICINE	4	41	45
METRONIDAZOLE	9	34	43
SALBUTAMOL	9	29	38
RANITIDINE	10	28	38
CAPTOPRIL	10	25	35
CEFALEXIN	1	31	32
IBUPROFENE	14	16	30
COTRIMOXAZOLE	4	23	27
OMEPRAZOLE	6	18	24
METHYLPREDNISOLONE	4	20	24
ACICLOVIR	2	22	24
LORATADINE	12	11	23
GLIBENCLAMIDE	7	15	22
ATENOLOL	5	17	22
CARBOCISTEINE	16	4	20
KETOTIFENE	8	12	20
OXACILLINE	8	12	20
AMOXILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE	4	16	20
TOTAL	256	666	922

Source : la liste des produits pharmaceutiques enregistrés de 1996 au 31 décembre 2006 direction de la pharmacie Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

¹⁴⁵ G Valsquez : l'industrie du médicament et le tiers monde, l'Harmattan, 1983.

Quant à l'origine des importations, jusqu'en 1990, l'Algérie est le premier¹⁴⁶ client de l'industrie pharmaceutique française ce qui met en relief et confirme la concentration géographique des sources d'approvisionnement.

En effet, l'analyse de l'origine des importations nous permet de déceler que la France est le plus grand fournisseur et le principal pourvoyeur de l'Algérie en médicament (76,90% en 2001, 54,93% en 2005 et 48,13% en 2006)¹⁴⁷, suivie de la Jordanie, le Royaume-Uni et l'Italie. Même si le problème de la diversification des sources d'approvisionnement est réel, il convient de le situer dans le cadre des contraintes d'une économie dépendante¹⁴⁸.

1.2. La production nationale

Les statistiques relatives à l'importance de la production nationale de produits pharmaceutiques sont presque non disponibles. Comme dans tous les autres secteurs, la confidentialité est très répandue, dans la mesure où elles touchent indirectement aux performances des uns et des autres, surtout lorsqu'il s'agit du secteur privé.

En dépit de l'existence de textes favorisant la fabrication de médicaments en Algérie, la production nationale reste très modeste, environ 70% (depuis 2005 à ce jour) des produits pharmaceutiques sont importés. Pour la fabrication, celle-ci a atteint presque 23 milliards DA en 2005, soit une hausse de près de 24% par rapport à 2004. Le groupe Saïdal représente une part prépondérante du médicament fabriqué localement en Algérie, En 2009, après l'interdiction d'importer les médicaments fabriqués localement, la production nationale a enregistré le taux record de couverture des besoins en médicaments, en atteignant 36%.

Il faut dire que le secteur privé reste, malgré tout, cantonné dans les activités spéculatives, à faibles risques et à valeur ajoutée non négligeable, il s'oriente davantage vers le créneau le plus lucratif qui est l'importation. Une hésitation, par rapport aux activités de production, qui peut s'expliquer par l'inadéquation des marges appliquées (voir infra), un système de fixation des prix qui encourage davantage le commerce que la fabrication locale de médicaments.

¹⁴⁶ Kaya S.A.K « *politique pharmaceutique et système de santé en Algérie* » OPU 1994. p 22

¹⁴⁷ Source : Centre National de l'Informatique et des Statistiques CNIS-DGD Direction Générale des Douanes.

¹⁴⁸ Surpolitisé et souvent totalement biaisé par des considérations de nature idéologique, le débat autour de cette question a diminué l'importance d'une réflexion plus urgente et plus féconde sur les mécanismes économiques de réduction des coûts. Kaya S. A. K « *politique pharmaceutique et système de santé en Algérie* » OPU 1994. p 24.

Tableau n° 05: La croissance de la production nationale de médicaments de 1971 à 2009 et l'évolution du taux de couverture de la demande par la production nationale

En million DA

Année	Production nationale	Taux de couverture en %
1971	10	7
1972	27	17
1974	46	12
1976	70	17
1978	105	8,5
1980	129	9,2
1981	143	14
1982	145	15
1983	145	14
1984	155	15
1985	172	15
1986	195	13
1987	223	18
1988	337	21
1990	350	14
1991	864	20
1992	970	13
1993	924	17
1994	1 612	12
1995	2 324	9
1996	2 556	16
1997	2 960	16
1998	3 471	15
1999	6 973	17
2000	8 775	21
2001	7 269	16
2002	8 327	15
2003	7 698	12
2004	18 360	21
2005	22 752	31
2006	17 369	21
2008	34 122	28
2009	50 876	36

Source : calculs personnels à partir de :

Zenhati A« contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie » page 32, Mémoire Magister INPS 2002.

Tafat S: « place du secteur pharmaceutique algérien dans le contexte économique actuel » Mémoire Magister 2007 INPS.

Kaddar M : « système de santé et médicaments, cas de l'Algérie » Mémoire de Magister université Oran 1982.

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

A partir des deux tableaux (n°03 et n°05) et des différentes remarques annoncées supra, nous pouvons dire que la production locale a été étouffée par l'importance des importations et par l'absence d'une réelle régulation du marché du médicament. Il faut dire que l'ouverture du marché a eu comme résultat un

renversement total de la structure des importations sans pour autant réduire le niveau de dépendance (Oufriha 1999). Aujourd'hui la production locale ne couvre même pas 40% du marché

Outre le rétablissement de l'interdiction d'importer les médicaments fabriqués localement, le gouvernement a également décidé de rétablir l'obligation d'investir en Algérie pour les opérateurs et laboratoires étrangers désireux de distribuer leurs produits sur le marché local. Selon l'UNOP dans un communiqué de presse, considère que « *cette mesure relève du patriotisme économique éclairé donnant la priorité à la production nationale* ».

Quant à l'obligation faite aux importateurs d'investir dans le pays au bout de deux ans (arrêté du ministère de la santé du 24/02/1997)¹⁴⁹, celle-ci demeure encore non contraignante, en effet, plusieurs importateurs ne respectent pas cet engagement, une fois les délais arrivent à expiration, *certaines firmes disparaissent et renaissent sous une autre raison sociale ou d'autre appellation*.¹⁵⁰

D'ailleurs, jusqu'en 2006, selon les statistiques du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), l'Algérie comptait uniquement 38 entreprises de fabrications et 96 entreprises de conditionnement. En 2009, ces chiffres passent à 55 pour les unités de fabrication de médicaments et 61 pour les unités de conditionnements. Alors que le nombre d'importateurs et de grossistes dépasse 595. En fait, après deux ans d'importation, les importateurs procèdent à la mise en place d'usine de conditionnement secondaire, sorte d'*usines- alibi* (Oufriha F Z 2003), et ce, pour conserver le droit à l'importation.

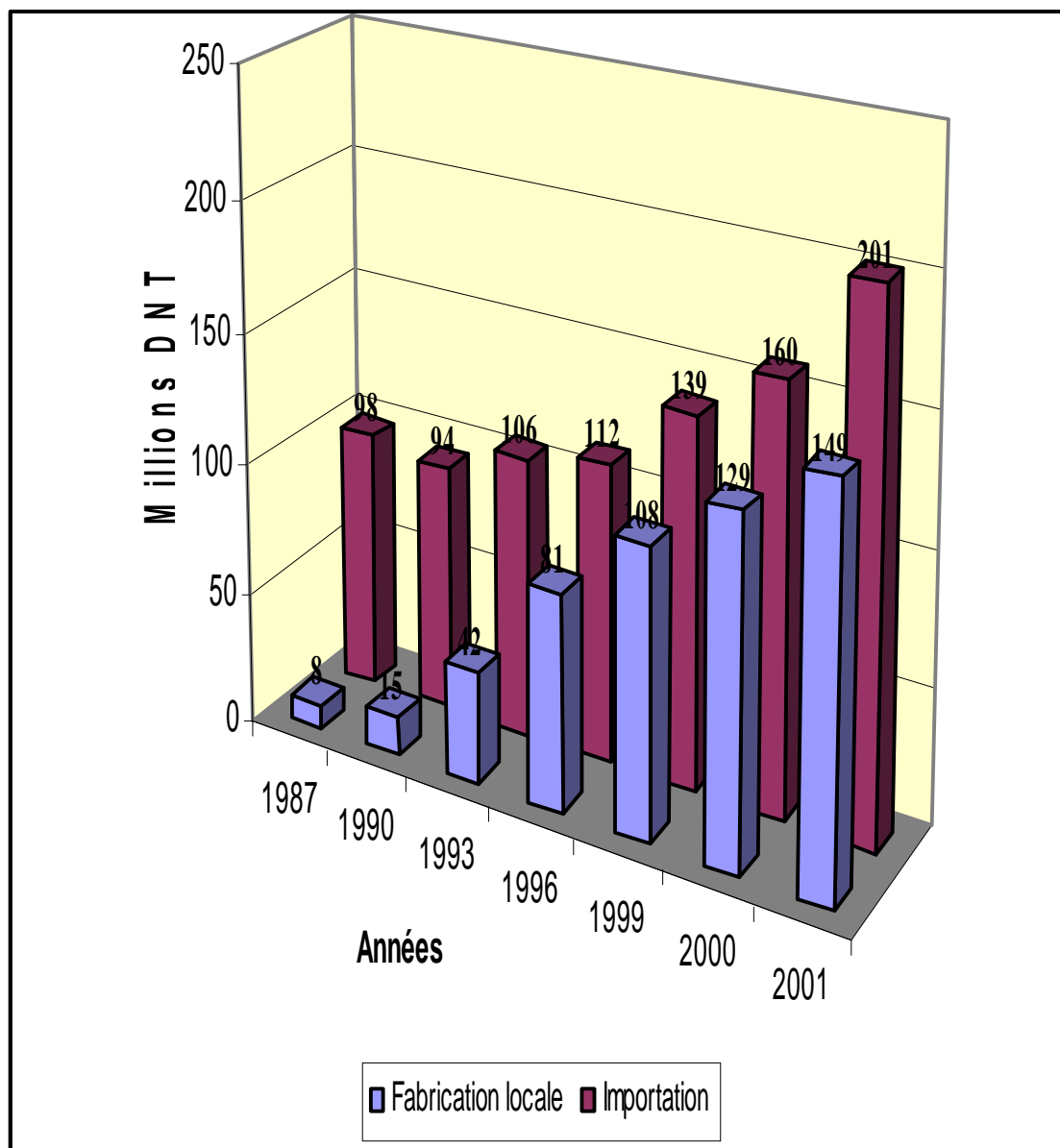
Comparativement à son voisin tunisien, la production nationale en Algérie connaît une croissance timide. Déjà, en 2000, l'industrie pharmaceutique tunisienne qui comptait seulement 27 unités de production a pu assurer un taux de couverture du marché national qui avoisine les 45% en valeur, alors que la production de médicaments en Algérie est restée limitée à une faible fraction de la nomenclature du médicament. Sur une nomenclature d'environ 1400 médicaments, la production nationale n'assure que 310 soit environ 22 % de cette nomenclature¹⁵¹.

¹⁴⁹ L'arrêté du ministère de la santé du 24/02/1997 fixant le cahier des conditions techniques de mise sur le marché de produits pharmaceutiques importés destinés à la médecine humaine prévoit : « *le grossiste importateur s'engage à concrétiser l'investissement de production dans un délai de deux ans, faute de quoi, le ministère chargé de la santé se réserve le droit d'exclure la société, ses actionnaires et dirigeants de toute activité liée à l'importation de produits pharmaceutiques* ».

¹⁵⁰ Entretiens avec Mme Salhi de la direction de la pharmacie au niveau du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

¹⁵¹ Forum sur le médicament-. Alger Octobre 2001.

Graphique n°04: Evolution de la fabrication locale et de l'importation, en Tunisie, de 1987 à 2001 en millions de dinars tunisiens

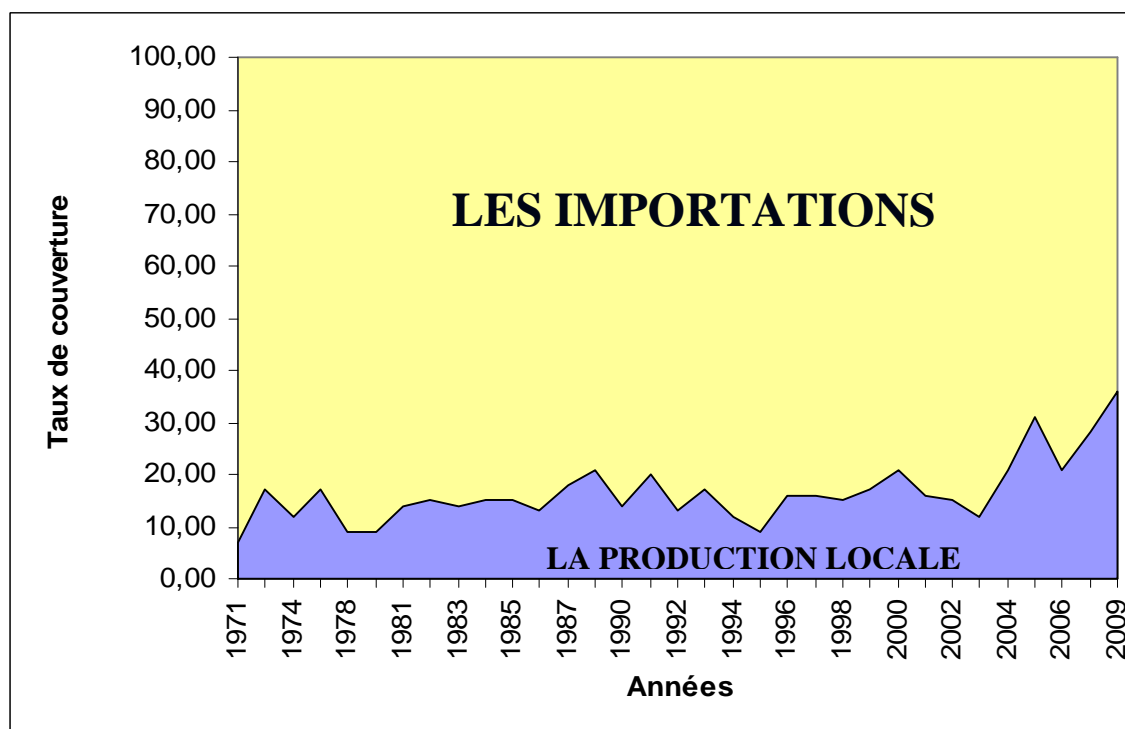


Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction de la Pharmacie et du Médicament/Ministère de la santé Publique Tunisie

Contrairement à la tendance connue par les importations algériennes de médicaments, le volume global d'importation des médicaments, en Tunisie, a diminué entre 1990 et 1999 d'environ 14% (7400 tonnes en 1990 contre 6380 en 1999)¹⁵², traduisant, ainsi, l'importance de la fabrication locale des médicaments.

¹⁵² Source : Institut National de la Statistique, Tunis et la Pharmacie Centrale de Tunisie (PCT)

Graphique n°05: Evolution du taux de la couverture des besoins en médicaments par la production nationale en Algérie de 1971 à 2009.



Source : Réalisé par nos soins à partir du tableau n°05

Il faut dire que la production locale, en Algérie, était, pendant les années 1990, le fait exclusif de l'entreprise Saïdal qui prévoit, grâce au lancement de sept unités de productions, d'atteindre une couverture du marché national à hauteur de 57% en quantité (soit 398 millions d'unité de vente) et de 34% en valeur soit 2,4 milliards, d'ici 2015. En 2006, SAIDAL accapare plus de 39% dans la production nationale de médicament, suivi des français AVENTIS avec 26% et de l'américain PFIZER avec plus de 11%¹⁵³.

Il semble de ce fait que le secteur du médicament, en Algérie, apparaît comme un secteur économique d'une importance capitale, en raison de son poids économique et financier et surtout de sa particularité d'être un bien à finalité sociale. Il existe également un argument économique qui est lié à l'importance des dépenses de santé consacrées à l'achat de médicaments. Le financement des soins de santé est étroitement lié au financement des médicaments. Il est presque impossible de mettre en place une politique de santé lorsqu'une politique pharmaceutique fait défaut. A ce

¹⁵³ Rapport principal « Analyse de la filière industrie pharmaceutique Algérie 2007) euro développement PME 2007.

jour, les tableaux ci-dessus (n°02, n°03 et n°05) mettent en évidence la dépendance très forte du marché national par rapport aux importations.

L'industrie naissante algérienne doit être, par conséquent, soutenue, notamment à l'aune d'une économie mondialisée (*protectionnisme éducateur Fredrich List*). Il faut dire que, tous les pays, même ceux qui prônaient les vertus du libéralisme, soutiennent et protègent leur industrie naissante. A cet effet, l'article 10 du Journal officiel datant du 20 juillet 2003¹⁵⁴ qui consacre ce principe doit être suivi par une réelle application en pratique.

Même les engagements pris par l'Algérie envers les institutions multilatérales (OMC, FMI, BM), ne condamnent pas la protection de la production locale, il est dit clairement¹⁵⁵ que toutes les mesures de libéralisation du commerce ne doivent pas porter atteinte à la santé des être humains et il est du droit de chaque pays de prendre les dispositions nécessaires à chaque fois qu'il s'avère nécessaire de protéger la santé des personnes et des animaux.

Il faut encore chercher d'autres formules de soutiens pour protéger les entreprises algériennes de la concurrence des sociétés étrangères mieux aguerries, car les importations ne servent que les intérêts du capitalisme mondial à qui nous offrons davantage de débouchés à ses excédents de marchandises.

L'augmentation des importations de médicaments, à un rythme effréné, doit inciter les autorités de régulations à renforcer les dispositifs de restrictions et d'encadrements, dans la mesure où les restrictions à l'importation, qui sont utilisées depuis toujours, se sont avérées très suffisamment inefficace, l'obligation faite aux importateurs d'initier des projets d'investissements après deux ans d'exploitation, en est un exemple probant.

En effet, pour garder le droit d'importer, les importateurs privés se contentent de créer des usines de conditionnements¹⁵⁶ ou tout simplement disparaissent et resurgissent sous une autre identité. De même l'augmentation de leur nombre a

¹⁵⁴ l'article 10 du Journal officiel datant du 20 juillet 2003 «*les mesures de sauvegarde s'appliquent à l'égard d'un produit si ce dernier est importé en quantités accrues, qu'il cause ou menace de causer un dommage grave à une branche de production nationale de produits similaires ou indirectement concurrents*».

¹⁵⁵ Principe de l'OMC : « *Aucune mesure de libéralisation des flux de commerce ou de biens, de service ou des droits de la propriété intellectuelle ne saurait avoir pour effet de porter atteinte à la sécurité ou à la santé des personnes et des animaux ou à la préservation des végétaux* » selon l'article 8.1 de l'accord sur les ADPIC : « *les membres pourront, lorsqu'ils élaborent ou modifieront leurs lois et réglementations, adopter les mesures nécessaires pour protéger la santé publique et la nutrition et pour promouvoir l'intérêt public dans des secteurs d'une importance vitale pour le développement socio-économique et technologiques...* »

¹⁵⁶ Sur 134 unités industrielles pharmaceutiques recensées en 2006, par le Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière, 96 sont des usines de conditionnement.

contribué au développement d'un groupe de pression réfractaire à la mise en œuvre de la politique de médicaments génériques et celle relative au label « *made in Algeria* ».

2. Le prix de vente des médicaments

En Algérie, l'encadrement des prix des médicaments s'est basé sur une série de textes réglementaires régissant les marges bénéficiaires permettant de déterminer et de mieux maîtriser l'évolution des prix des médicaments. Le décret exécutif n°98-44 du 01/02/1998 modifiant les décrets antérieurs 93-115,95-119, 96-141 et 96-237 fixe le plafond des marges applicables à la production, au conditionnement et à la distribution des médicaments à usage de la médecine humaine.

Ainsi, les marges applicables aux médicaments sont plafonnées au taux unique de vingt pour cent (20%) assis sur le prix HT et au taux unique de dix pour cent (10%) assis sur le prix de revient HT, respectivement pour la production et le conditionnement. Quant aux marges de distribution de gros et de détail applicables aux médicaments sont plafonnées à des taux dégressifs en fonction des fourchettes des prix conformément au tableau ci-après :

Tableau n° 06: Les marges de distribution de gros et de détail en Algérie

Fourchette de prix Dinars	Marge de gros %	Marge de détail %
Jusqu'à 70,00	20	50
de 70,01 à 110,00	15	33
de 110,01 à 150	12	25
> 150,00	10	20

Source : Décret exécutif n° 98-44 du 1^{er} février 1998

Ce système de marge dégressive qui est censé être, en quelque sorte, un moyen de maîtrise de l'évolution des prix de médicaments et d'orientation de la vente de produits vers les médicaments les moins chers, n'a pas donné les résultats escomptés, en effet, les résultats d'une étude effectuée par Syndicat National Algérien des Pharmacie d'Officine (SNAPO)¹⁵⁷ sur un échantillon d'officines privées

¹⁵⁷Projet de rapport « Le médicament plate-forme pour un débat social CNES 19^{ème} session plénière novembre 2001 » page 27.

informatisées révèlent que pour les 4 fourchettes de marges que les médicaments les plus vendus sont ceux les plus chers :

Tableau n°07 : Les médicaments les plus vendus en Algérie, en 2001, selon les marges

Fourchette de prix Dinars	Marge de gros %	Marge de détail %	% des ventes
Jusqu'à 70,00	20	50	13 à 20
De 70,01 à 110,00	15	33	20 à 30
De 110,01 à 150	12	25	17 à 20
> 150,00	10	20	40 à 50

Source : Projet de rapport « Le médicament plate-forme pour un débat social CNES 19^{ème} session plénière novembre 2001 » page 27.

De surcroît, ce système de plafonnement des marges, semble encourager beaucoup plus l'importation ou la vente des médicaments plutôt que la fabrication locale, le producteur national peut se sentir lésé, dans la mesure où la marge de production n'est que de 20%, alors que les marges cumulées pour le circuit de distribution – gros et détail – varient de 30% à 70%.

Il faut dire que les marges commerciales doivent, à notre sens, être réduites en faveur des producteurs, d'autant plus que la part de consommation médicamenteuse se glisse vers les paliers dont les prix sont relativement chers. La révision des marges de distribution officinale, de grossiste et des producteurs doit également accorder plus d'importance aux médicaments génériques, et ce, dans le but de promouvoir sa consommation et par la même sa production.

Dans ce cadre, on peut s'inspirer du modèle tunisien, en effet, les marges bénéficiaires des grossistes répartiteurs est seulement de 8% quant à la marge officinale celle-ci ne dépasse pas 30%, soit un cumul qui varie entre 32 et 38% selon les quatre paliers comme suit :

Tableau n° 08: La part de la consommation des médicaments en Tunisie, en 2005 selon les marges

Prix public tunisien PPT	Marge officinale %	Part de la consommation %
De 0 à 1.022 DT	30	5,41
De 1.023 à 1.595 DT	28	10,18
De 1.596 à 9.000 DT	26	63,52
Plus de 9.000 DT	24	20,89

Source : Direction de la Pharmacie et du Médicament/ Ministère de la Santé Publique Tunisie.

3. Les médicaments génériques

La notion de médicaments génériques est née et s'est développée pour des raisons économiques, il s'agit, en fait, de réduire le coût des médicaments et la charge de leurs remboursements supportée par les organismes de la Sécurité sociale.

Déjà depuis, les années 80, l'urgence oblige, les gouvernements des pays développés ont commencé à mettre en place une politique de promotion du générique, et ce, pour freiner l'augmentation constante des coûts de la santé, ce qui permettait, par conséquent, de ne plus faire recours à leur financement par les augmentations d'impôts. Ils sont devenus, de ce fait, un atout pour la maîtrise des dépenses de santé.

Partout, dans le monde, la détermination de ces médicaments s'est peu à peu clarifiée et affinée. Le cadre réglementaire, entourant la vente, la prescription, la délivrance et le mode de remboursement des médicaments génériques, a beaucoup évolué afin de faciliter leur utilisation sans pour autant nuire à la sécurité des malades et la qualité de leur prise en charge.

Les médicaments génériques¹⁵⁸ sont, en fait, des copies de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public¹⁵⁹. Par rapport à leur médicament original, ils ont la même composition chimique et contiennent la même quantité de substances actives, ils ont des noms différents, ils sont 30% moins chers que le produit initial de

¹⁵⁸ Le décret n°92/284 du 16/07/1992 définit le médicament générique: « on désigne par produit pharmaceutique générique tout spécialité dont la composition est essentiellement similaire à un produit pharmaceutique original, lorsqu'il a la même composition quantitative et qualitative en principe actif, qu'il est présenté sous la même forme pharmaceutique et que la bioéquivalence avec le premier produit a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité ».

¹⁵⁹ Lorsqu'un laboratoire découvre une molécule, il dépose un ou des brevets dont la durée est de 20 ans, auprès des autorités compétentes. Les droits de brevet permettent au découvreur de rembourser les frais engagés dans la recherche. Une fois le brevet expire, la molécule tombe dans le domaine public. A partir de cet instant, tout autre établissement pharmaceutique peut fabriquer et vendre des médicaments avec la même substance active.

marque¹⁶⁰ et ils ont l'appellation de médicament bio-équivalent car ils ont les mêmes effets que leurs princeps¹⁶¹.

Ces médicaments deviennent des médicaments ayant les mêmes propriétés thérapeutiques et remplissent les mêmes critères d'innocuité, de qualité et d'efficacité que les spécialités de références.

La promotion du médicament générique est devenue, également, en Algérie, au cours de ces dernières années, une des plus importantes priorités que les pouvoirs publics tentent, tant bien que mal, d'instiller dans le marché national. Les objectifs visés sont identiques à ceux affichés par les pays développés ou en voie de développement, il s'agit, essentiellement, de réduire la facture globale du médicament.

Nous essayons, à travers cette partie de notre mémoire, de démontrer que les médicaments génériques peuvent constituer, si la réglementation est respectée et bien appliquée, un outil principal de régulation des dépenses de médicaments dans la mesure où ils assurent aux malades les mêmes bénéfices thérapeutiques que leurs médicaments originaux, dans les mêmes conditions de sécurité et les mêmes critères d'innocuité, mais à un coût nettement moins élevé.

Nous présentons un schéma sur ce que la délivrance de médicaments génériques plutôt que de médicaments de référence, permet d'éviter comme dépenses. Autrement dit, nous essayons de mettre en exergue l'importance des dépenses de médicaments si des médicaments originaux avaient été délivrés en lieu et place des médicaments génériques.

3.1 Les avantages du médicament générique

La promotion de la production du générique est un moyen d'encourager une industrie pharmaceutique créatrice d'emploi et de richesse, la naissance d'une telle activité contribuera à résorber le chômage, ce qui augmente le nombre de cotisants et renfloue les caisses de la Sécurité sociale (voir le schéma n°01).

Considérant que son prix est 30% moins cher que le médicament original, sa généralisation permet de faire des économies substantielles, tant pour l'économie algérienne (économie en devises) que pour la Sécurité sociale, ces dernières peuvent, enfin, être allouées à d'autres rubriques dans le but d'améliorer la qualité des prestations des organismes de la Sécurité sociale.

¹⁶⁰ Enquêtes sur les prix et la disponibilité des médicaments fondées sur la méthodologie standard de l'OMS/HAI disponible à l'adresse <http://www.haiweb.org>.

¹⁶¹ Dr. Serghini M à Magharebia. "Le médicament générique a le même effet que le princeps. La seule différence, c'est le prix." Dr Belmahi « Générique égal une quantité des soins et un coût de santé nettement moindre ».

Le médicament générique permet, également, d'élargir l'accès aux soins pour les couches sociales les plus démunies, dans la mesure où ce médicament permet une amélioration de leur accessibilité financière. Il permet de faire face aux coûts excessifs inhérents aux médicaments princeps. Les pouvoirs publics peuvent, par conséquent, grâce aux génériques assurer une excellente couverture sanitaire et à moindre frais, ce qui permettrait de répondre à la demande de la population surtout pour les maladies les plus courantes, d'une part, et de maîtriser la tendance à la hausse de la facture globale du médicament, d'autre part.

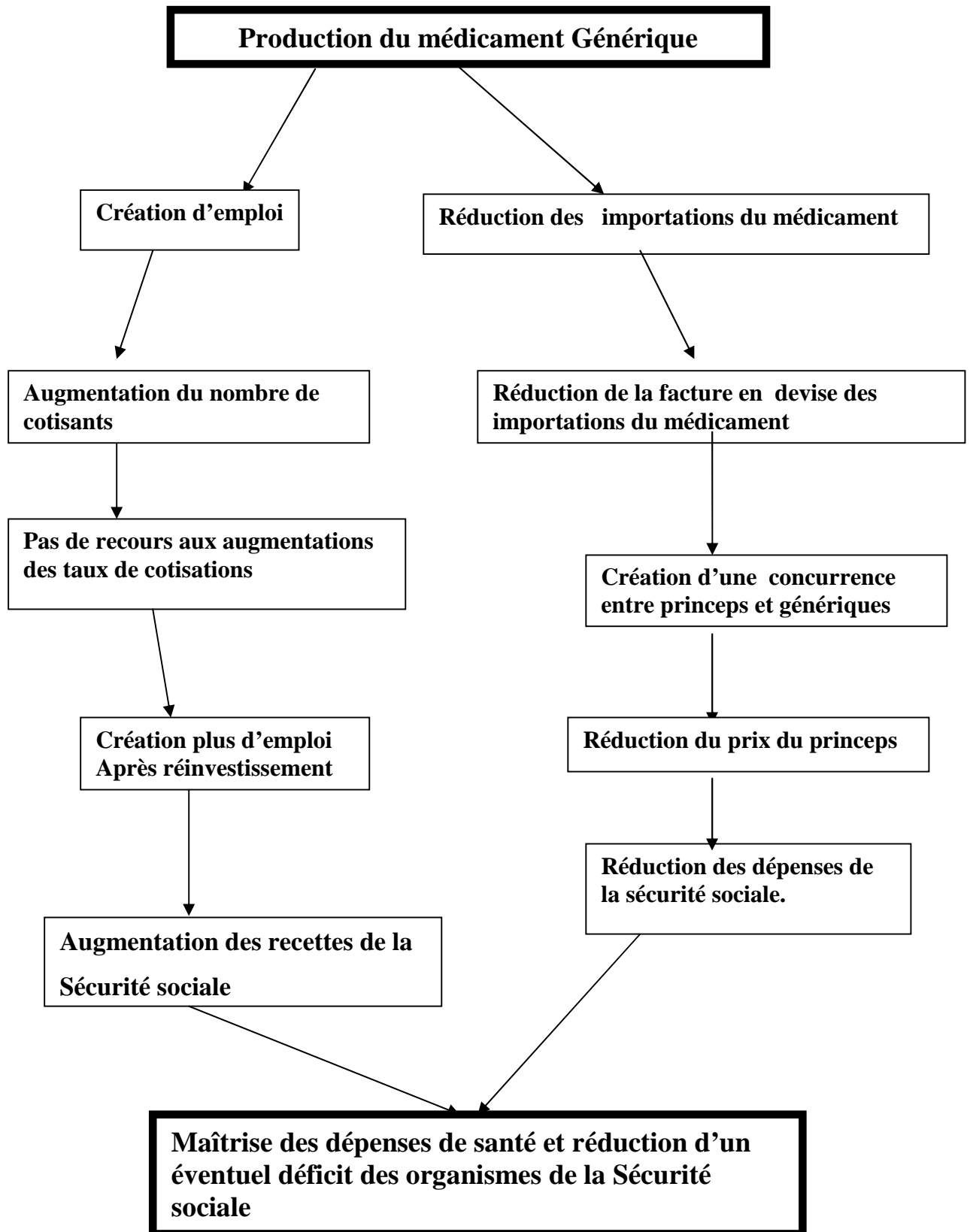
Dès lors que les médicaments génériques sont considérés comme des copies quasi-conformes des médicaments *princeps*, la concurrence ne pourrait plus reposer que sur les prix et l'émulation qui se créerait entre les firmes ne porte plus, uniquement, sur le développement de nouvelles molécules mais sur leur capacité à les produire à un coût modique, les producteurs de la spécialité sont obligés, ainsi, de revoir à la baisse le prix de leurs produits.

Pour « *faire pencher la balance* » en faveur des médicaments génériques et tirer davantage les prix des médicaments vers le bas, les autorités algériennes ont introduit, le tarif de référence sur la base des génériques comme moyen d'économicité. A titre illustratif, le « *Paclitaxel* » (un anticancéreux), qui est proposé, au début de son introduction sur le marché algérien, à des prix très exorbitants soit 160 000 DA par un grand laboratoire, ce même médicament est, aujourd'hui, vendu à un prix relativement beaucoup moins cher soit 49 600 DA par un laboratoire mexicain, sous le nom de « *Lemery* ». Face à une telle rivalité, le laboratoire du médicament original n'a pu faire que baisser le prix de son produit qu'il commercialise, depuis peu de temps, à 59 000 DA. Cet état de fait a été confirmé par les nombreux entretiens que nous avons eus avec les responsables du secteur de la santé qui assurent que, depuis l'application du tarif de référence, les opérateurs ont revu à la baisse les prix de leurs produits au point de les proposer presque au même prix que celui du générique.

L'on aboutit ainsi à une situation qui permet, d'une part, d'augmenter les recettes des organismes de la Sécurité sociale et de réduire leurs dépenses, d'autre part. En effet, dans la mesure, où la compétitivité, des laboratoires, est renforcée, la commercialisation du médicament générique l'emporte sur le princeps. Les laboratoires du générique pourront, par conséquent, étendre leur activité, créant plus d'emploi, ce qui augmente le nombre de cotisants.

Ayant un prix beaucoup moins cher que leurs spécialités d'origine, les dépenses de remboursements des médicaments par la Sécurité sociale se trouvent réduites. La maîtrise des dépenses de santé est ainsi atteinte et le déficit se transforme en un excédent.

Schéma n°01: L'importance de la promotion du générique dans la maîtrise des dépenses de santé



Source : Schéma réalisé par nos soins

3.2 La place du médicament générique en Algérie

Le médicament générique occupe, en Algérie, une place modeste par rapport au princeps. Il reste peu utilisé, sa consommation est relativement mitigée, elle ne représente que 35 % du marché national en nombre d'unités vendues (2006) et 30% en valeurs.

La part du médicament générique, en valeur, est passée de 21% en 2004 à 30% en 2006, cette croissance a été amplifiée, en partie, par l'augmentation du nombre de médicaments génériques enregistrés, en effet, leur nombre était de 138 en 2004, il est passé à 252 en 2005. La production nationale des médicaments génériques est relativement importante, elle est de 66 % en 2004 et 62,38 % en 2005 par rapport aux médicaments de références.

Par ailleurs, depuis une dizaine d'année, les pouvoirs publics ont pris un certain nombre de mesures pour impliquer essentiellement, les opérateurs pharmaceutiques et les inciter à favoriser le développement des génériques. Cette détermination est confirmée par la décision d'instauration d'un tarif de référence en avril 2006, d'une part, et les avantages¹⁶² accordés pour favoriser les investisseurs qui optent pour la fabrication du médicament générique en Algérie, d'autre part. De surcroît, en 2008, les importateurs s'engagent, désormais, à respecter le ratio de 45% en génériques dans leurs importations.

Depuis l'interdiction, en novembre 2008, de l'importation des médicaments fabriqués localement, la production et l'importation du médicament générique ont connu une légère hausse durant les deux dernières années (2008 et 2009). 613 médicaments ont été enregistrés, dont 344 pour la production locale et 269 pour l'importation. Les médicaments génériques fabriqués localement, conditionnement inclus, passent de 455,5 millions USD, en 2008, à 534 millions USD en 2009. Plus 5 393 spécialités, toute forme, dosage et conditionnement confondus, ont été enregistrés dans la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques. Le générique représente 3 749 produits enregistrés, contre 1 644 produits princeps (voir le tableau n°09).

¹⁶² L'amendement porté sur la Loi 85-05 relative à la promotion et à la protection de la santé, par ordonnance présidentielle (n° 06 -07 du 15 juillet 2006) qui prévoit des mesures incitatives pour promouvoir le médicament génériques. Instruction n° 005 MSP/MIN du 07 sept. 2003 relative à la généralisation du médicament générique stipule :

« En vue de faciliter la formulation et la fabrication de tous les produits dits « princeps » ou de « marque » actuellement importés et non fabriqués localement, les producteurs locaux désireux de les formuler et/ou de les fabriquer sous la forme de médicaments génériques bénéficieront de l'assistance et des facilitations des services du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Ces assistance et facilitations concernent la priorité à l'enregistrement, l'accélération des délais d'enregistrement et de validation des procédés de fabrication ».

Tableau n° 09: Le marché pharmaceutique algérien : la proportion du médicament générique de 2004 à 2009

Année	2004		2005		2006		2008*		2009*	
	Millions \$	%	Millions \$	%	Millions \$	%	Millions \$	%	Millions \$	%
Marché	1 250	100	1 470	100	1 625	100	1 593	100	1 513,5	100
Importation	1 025	82	1 146,6	78	1 170	72	1 137,5	72	979,5	64
Production	225	18	323,4	22	455	28	455,5	28	534	36
Princeps	987,5	79	1 087,8	74	1 137,5	70	1068,5	67	889	59
Générique	262,5	21	382,2	26	487,5	30	524,5	33	624,5	41

Source : Calculs personnels à partir :

-Union National des Opérateurs de la Pharmacie, communication aux journées de l'UNOP sur « Quelles perspectives pour l'industrie pharmaceutique en Algérie dans le contexte international » 22,23 Octobre 2007 Hôtel El Aurassi

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

* Les statistiques 2008 et 2009 concernent la fabrication et le conditionnement de médicaments génériques

Le marché des médicaments génériques, en Algérie, malgré sa croissance constante et régulière, reste encore trop limité, à l'aune de ce qui est observé dans les autres marchés des pays développés (voir le tableau n°11), et surtout eu égard à ce qui se passe dans les pays voisins, la Tunisie, (voir le tableau n°10). Les possibilités de faire des économies substantielles pour la collectivité sont encore plus importantes.

Tableau n°10: Evolution de la proportion du médicament générique en Tunisie (en valeur) selon l'origine locale et étrangère de 1995 à 2005

Année	Fabrication locale en %	Importation en %
1995	27,22	12,69
2000	32,95	11,35
2001	35,16	12,17
2002	38,2	13,51
2003	40,74	11,97
2004	46,63	9,45
2005	49,06	9,20

Source : Direction de la Pharmacie et du Médicament Tunisie.

Le marché algérien des médicaments génériques a subi des mutations en faveur de la promotion du générique, et ce, depuis l'instauration des tarifs de références, mais reste encore insuffisamment développé lorsqu'on le compare aux objectifs assignés et surtout aux poids des médicaments dans les remboursements supportés par la Sécurité sociale. L'Algérie est actuellement classée seulement à la 14^{ème} position sur les 17 pays les plus importants de la région MENA (l'Afrique du Nord et le Moyen Orient)¹⁶³.

Tableau n°11: Le taux de pénétration des génériques par rapport à la totalité des médicaments vendus par pays en 2006 et en 2009 et (à définition de générique non comparables d'un pays à l'autre)

Pays	Part relative en valeur %	Part relative en volume %
Etats-Unis *	24	63
Allemagne *	22	56
Royaume-Uni*	26	64
France **	10	20

Source : Generic Pharmaceutical Association

: European Generic Association (2007), marché pharmaceutique total, en prix producteur hors taxes

Synthèse et étude « L'emploi dans l'industrie pharmaceutique en France. Facteurs d'évolution et impact à 10 ans » – Leem / Arthur D. Little – 2010. Diffusion Leem. www.leem.org

*: Les données de 2006

** : Les données de 2009.

Force est de constater, à travers les trois tableaux, que dans plusieurs pays du monde, les génériques connaissent un véritable essor. Le marché mondial des génériques était estimé à 40 milliards \$ pour l'année 2000. Une étude Eurostaf estime que le marché mondial des génériques devrait croître en valeur en moyenne de 15 à 20 % par an à l'horizon 2010.

Les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne constituent l'essentiel du marché mondial des génériques en volume (60% en moyenne). Près de deux boîtes dispensées sur trois sont des médicaments génériques.

L'Algérie, à l'instar des autres pays, tente d'orienter la consommation des médicaments vers le générique, et ce, via un système de régulation des importations. Le nombre de médicaments génériques enregistrés en 2004 était de 138, en 2005, ce nombre passe à 252.

¹⁶³ Université Sherbrook données statistiques et World Review 2007 publiant les résultats du rapport fait par le bureau d'étude *Compagnies and Markets en 2007*.

Le Ministère de Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a pris des mesures incitatives en date du 07 Septembre 2003, pour encourager la généralisation du médicament générique. A partir de cette date, l'enregistrement des princeps est subordonné à l'absence de son générique sur le marché, de même le prix dudit produit à enregistrer ne doit pas dépasser 25% par rapport au tarif de référence pour la DCI.

Quant à la fabrication locale, en plus des facilitations administratives qui sont prévues à côté des exonérations fiscales et des exemptions des droits de douanes sur les intrants, une sorte de protection leur est accordée : les médicaments fabriqués localement sont interdits à l'importation, en 2008, on compte 409 produits en DCI ¹⁶⁴ interdits à l'importation, ce nombre était de 359 produits en 2007.

Le tarif de référence est considéré, également, comme un outil de régulation le plus efficace pour réduire la consommation de médicaments princeps et il est très avantageux pour les médicaments génériques fabriqués localement.

3.3. Les facteurs de la promotion des médicaments génériques

Malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics et le train de mesures mis en place pour booster la fabrication locale de médicaments en général, et du générique en particulier, les capacités de la production nationale semblent, encore, être très limitées.

Par ailleurs, des économies substantielles peuvent s'avérer relativement possible à réaliser : différentes politiques peuvent être envisagées pour promouvoir l'utilisation de médicaments génériques il s'agit de:

➤ Campagne d'information et de sensibilisation

Des campagnes d'information auprès des prescripteurs et du grand public doivent être lancées pour arriver à transmettre un message est que « *le médicament générique a les mêmes effets que le princeps* ». Prévoir d'autres journées comme celle du 15 mars 2009, pour faire connaître davantage le médicament générique en est une initiative louable.

¹⁶⁴ Arrêté interministériel du 30 novembre 2008 relatif à l'interdiction d'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine fabriqués en Algérie.

La prescription de médicaments génériques lorsque plusieurs équivalents thérapeutiques existent doit être un choix incontournable pour la maîtrise des dépenses de santé. L'engagement des prescripteurs en est une nécessité pour une régulation efficace.

Il devient évident que les efforts de la rationalisation, via le générique, doivent être orientés vers les médecins, les pharmaciens et les importateurs par un dispositif contraignant. Les premiers doivent prescrire en DCI, les seconds doivent délivrer le médicament générique et les derniers doivent favoriser l'importation du médicament générique plutôt que le princeps sauf si ce dernier n'a pas son médicament bio équivalent.

➤ **Utilisation du générique dans les hôpitaux**

Le médicament générique doit permettre de faire beaucoup d'économie pour les hôpitaux, il devrait être largement utilisé en son sein. En Tunisie, par exemple, le secteur hospitalier est le principal utilisateur de génériques : en 2001, 37,6% en valeur des médicaments dispensés à l'hôpital étaient des génériques. Aujourd'hui, au niveau des établissements publics tunisiens, plus de 50% des médicaments dispensés sont des génériques.

➤ **Les appels d'offres**

La procédure d'achat de médicament doit se faire sur des appels d'offres, ce faisant, ce sont les médicaments les moins chers qui parviennent aux établissements de santé et aux officines pharmaceutiques. De même les politiques d'achat groupés permettaient aux différents établissements publics de santé d'obtenir des produits à moindre coût.

Aujourd'hui, si on peut étendre cette politique à l'ensemble des pays voisins notamment les des pays de l'Union du Maghreb Arabe (UMA)¹⁶⁵, on pourrait avoir des résultats beaucoup plus intéressants en matière de l'optimisation des dépenses de santé.

Il s'agit d'abord d'estimer les besoins des pays maghrébins, de définir les modalités et les moyens permettant une démarche collective pour l'élaboration d'une liste unifiée pour l'acquisition de vaccins et produits pharmaceutiques. Cette démarche permettrait d'acquérir un véritable pouvoir de négociation pour le choix des produits médicamenteux, leurs prix et le coût de transaction.

¹⁶⁵ Pour rappel, le 10ème conseil ministériel de la santé de l'UMA, qui a eu lieu en Tunisie en Mai 2008 avait, outre l'appel au renforcement de la coopération régionale dans divers domaines de la santé, exprimé une volonté de procéder à des achats groupés avec l'ensemble des pays de l'UMA.

➤ **Droit de substitution**

Pour surmonter certains écueils qui naissent de la difficulté de pouvoir changer un médicament princeps par son générique, un cadre légal adéquat doit être mis en place, pour autoriser les pharmaciens à délivrer un produit génériquement équivalent à la place du produit de marque inscrit sur l'ordonnance, à condition que ni le médecin, ni le malade ne s'y opposent.

Ce droit donne la latitude au pharmacien de délivrer un générique alors que le médecin a prescrit le médicament original. Il permet de favoriser le transfert d'achat du princeps vers le générique pour peu que l'offre de générique ne soit pas trop peu étoffée.

Il importe de souligner, qu'en 1992 le droit de substitution existe déjà. L'Algérie a promulgué une politique de substitution qui stipule dans l'article 145 du décret 92-276 (code de la déontologie) que : « *Le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre "essentiellement similaire" et sous réserve des dispositions de l'article 144, il ne peut en changer ni la forme ni le dosage* ». Il est à signaler que le développement des médicaments génériques dépendrait de la volonté des médecins qui le plus souvent ne les prescrivent pas¹⁶⁶.

➤ **Marges bénéficiaires avantageuses pour le générique**

Le droit de substitution doit être renforcé par une marge bénéficiaire avantageuse.

Des mécanismes incitatifs doivent être mis en place en faveur des pharmaciens afin de les encourager à vendre plus de médicaments génériques.

Aux Pays-Bas, par exemple, en cas de substitution, les pharmaciens peuvent prétendre à la récupération d'un tiers (1/3) de la différence de prix entre le produit prescrit et le produit substitué.

En Belgique, par contre, les incitations vont vers le patient qui économise 10% du ticket modérateur, lorsqu'il opte pour le médicament générique.

En Allemagne, les enveloppes globales astreignent les médecins à prescrire davantage de génériques.

¹⁶⁶ Nibouche M, Directeur de la pharmacie au Ministère de la Santé de la population et de la Réforme Hospitalière : « *L'engagement des prescripteurs à tous les niveaux, d'en assumer la responsabilité constituera un moyen efficace de la régulation des dépenses médicamenteuses et de la santé* »

En Angleterre, l'objectif recherché, en matière de vente des génériques, est fixé par *targets for specific indicators of prescribing*.

En France, l'on pratique une égalisation des marges : la marge tirée de la vente d'un générique est égale à celle tirée de la vente des princeps.

➤ **La prescription sous D.C.I.**

Ce mode de prescription permet le développement de la consommation des médicaments génériques (en plus du droit de substitution). Les prescripteurs doivent réaliser de sérieux efforts d'adaptation, et ce, par l'acquisition de logiciel qui répertorie tous les génériques des spécialités.

La prescription en nom de marque doit être délaissée à la faveur d'une prescription en D.C.I dans la mesure où la prescription des génériques, en Algérie, reste très peu fréquente¹⁶⁷. La prescription de médicament générique doit être un choix incontournable.

➤ **Les médicaments essentiels**¹⁶⁸

La consommation de médicaments génériques peut être aussi encouragée en assurant la disponibilité des médicaments essentiels sous forme de générique. Au cœur de ce concept se trouve, déjà, l'idée que l'usage d'un nombre restreint de médicaments scrupuleusement choisis sur la base de principes cliniques approuvés se traduit par un meilleur approvisionnement en médicaments, une prescription plus rationnelle et des coûts moins élevés. « *De nombreux faits concourent à indiquer que l'utilisation de listes nationales de médicaments essentiels a contribué à améliorer la qualité des soins et a permis de réduire considérablement le coût des médicaments* ». ¹⁶⁹

La volonté politique de promouvoir le médicament générique peut indubitablement constituer un remède intéressant aux problèmes de l'hémorragie des dépenses médicamenteuses de la Sécurité sociale. L'engagement opposable aux importateurs pour le respect d'un ratio de 45% en génériques et les restrictions imposées depuis 2003, doivent contribuer à booster la production et la consommation de ce médicament.

¹⁶⁷ Stratégie OMS de coopération Algérie 2002/2005. Page 14.

¹⁶⁸ Ce sont « ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé ; ils doivent être disponibles à tout moment, en quantité suffisante, et sous la forme pharmaceutique appropriée, le choix de ces médicaments dépend de nombreux facteurs tels que la prévalence locale des maladies, les installations de traitement... » (OMS-1975).

¹⁶⁹ Organisation mondiale de la Santé Genève « Comment élaborer et mettre en œuvre une politique pharmaceutique nationale » 2004.

III. LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE

Partout dans le monde, les organismes en charge de la protection sociale ont contribué activement à amortir les effets désastreux des crises économiques. En Algérie, la CNAS a joué le rôle d'important amortisseur des nombreux chocs provoqués par les politiques d'austérité imposées lors de l'application du programme d'ajustement structurel. Elle se trouve, à l'aune du triomphe du libéralisme, confrontée à des défis nouveaux aggravés par l'accroissement des dépenses dû, essentiellement, à l'apparition de pathologies lourdes et budgétivores et à la contraction des ressources financières corollaire du rétrécissement de l'emploi et l'élargissement de la sphère de l'économie informelle.

La vive allure que prennent les dépenses de santé et la part que prend en charge la Sécurité sociale nous amène à nous interroger sur l'origine de ces dépenses et les éventuelles économies potentiellement possibles. Nous essayons, en fait, dans cette partie de notre travail de voir de plus près comment ont été propulsées les principales dépenses de santé à la charge de la Sécurité sociale en tant que prestataire de soins. Nous essayons par la suite de mettre en évidence le poids que représente chaque dépense.

1. La structure des dépenses de la Sécurité sociale

La portée de la Sécurité sociale assurée par un Etat est considérée aujourd'hui comme l'un des indicateurs les plus pertinents de la cohésion sociale et du niveau de développement humain atteint par un pays. « *La Sécurité sociale s'est progressivement incrustée dans l'univers quotidien au point d'apparaître comme un élément d'identification inhérent à la société moderne* »¹⁷⁰. En plus du rôle de financeur de soins, elle continue maintenant à assurer une fonction privilégiée qui est celle relative à la limitation de la précarité et de l'insécurité. Pour assurer cette fonction la Sécurité sociale intervient à travers plusieurs dépenses.

Nous examinons, par conséquent, dans ce qui suit les principales dépenses de santé qui pèsent parfois lourd sur le budget de la Sécurité sociale : il s'agit du forfait hôpital, des transferts pour soins à l'étranger et des remboursements des médicaments.

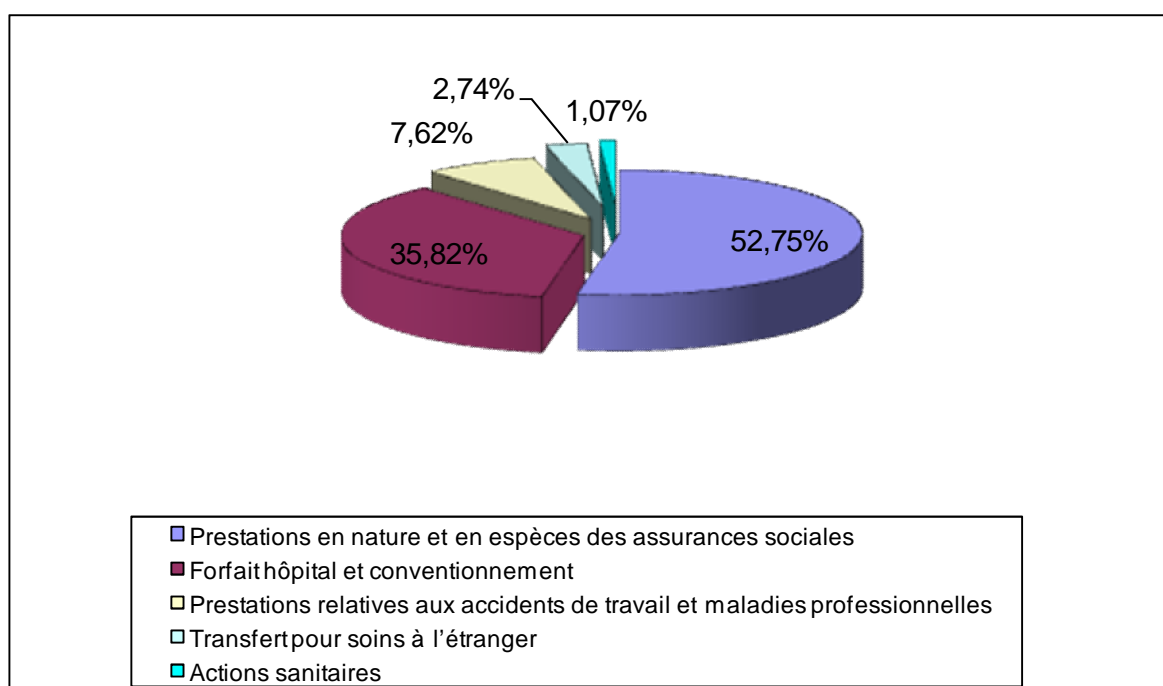
¹⁷⁰ L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier » 18^{ème} session plénière Rapport CNES juillet 2001 P 7.

Tableau n° 12: La moyenne des dépenses de la Sécurité sociale (2000-2008) par rubriques et en pourcentages

Les rubriques de dépenses	Le taux de chaque dépense dans le total des dépenses
Prestations en nature et en espèces des assurances sociales	52,75 %
Forfait hôpital et conventionnement	35,82 %
Prestations relatives aux accidents de travail et maladies professionnelles	7,62 %
Transfert pour soins à l'étranger	2,74 %
Actions sanitaires	1,07%

Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction Générale de la Sécurité Sociale

Graphique n° 06: Les rubriques de dépenses de la sécurité sociale en pourcentage



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction Générale de la Sécurité Sociale

Les dépenses de la Sécurité sociale telles qu'elles sont présentées dans le tableau n°12 et l'illustration graphique n°06 montrent bien l'implication financière grandissante des organismes en charge de la protection sociale dans le financement de du système de santé algérien et dans la prise en charges des dépenses de santé.

Les principales rubriques de remboursements sont, pour la plus grosse part, des dépenses liées aux remboursements des médicaments et au forfait hôpital qui pèsent de plus en plus lourd sur le budget de la Sécurité sociale. Les transferts pour soins à l'étranger, représentaient aussi, pendant longtemps, l'une des rubriques les plus coûteuses. Nous examinons, dans ce qui suit, l'évolution de ses dépenses supportées par la Sécurité sociale.

2. Les principales rubriques de dépenses de la Sécurité sociale

2.1. Le forfait des hôpitaux

Le poste « forfait hôpitaux » continue à se situer à des niveaux très élevés, en effet, depuis l'institutionnalisation de la gratuité des soins en Algérie, la Sécurité sociale et particulièrement la CNAS est sollicitée davantage pour contribuer au financement des établissements publics de santé.

Ce poste est devenu ainsi, le poste de dépenses le plus important, il représente en moyenne plus de 35% des dépenses totales de la Sécurité sociale jusqu'à la fin des années 1990. Depuis l'an 2005, le forfait hôpitaux est fixé à 35 milliards de DA, en 2008, ce montant passe à 38 milliards de DA, ce qui représente en moyenne plus de 24% des dépenses restant à la charge de la CNAS (141 milliards de DA en 2007).

Ce poste commence, depuis la fin des années 1990, à perdre relativement de l'importance, et ce, suite aux mesures prises pour réduire la contribution de la CNAS au financement du secteur de la santé. Les mécanismes de financement se basent désormais sur des relations contractuelles entre les établissements de santé et les organismes de la Sécurité sociale. Cette participation a baissé au cours des quatre dernières années. Elle se situe actuellement autour de 24%. Elle en représentait 39,2 % en 1973 et 1986.

Pour mesurer l'importance des dépenses de la Sécurité sociale et son implication financière croissante dans le financement des établissements publics hospitaliers depuis l'instauration de la dite contribution de la CNAS, nous essayons de mettre en exergue, à travers le tableau et le graphique ci-dessous, le rythme d'évolution du forfait hôpitaux depuis l'institutionnalisation de la médecine gratuite.

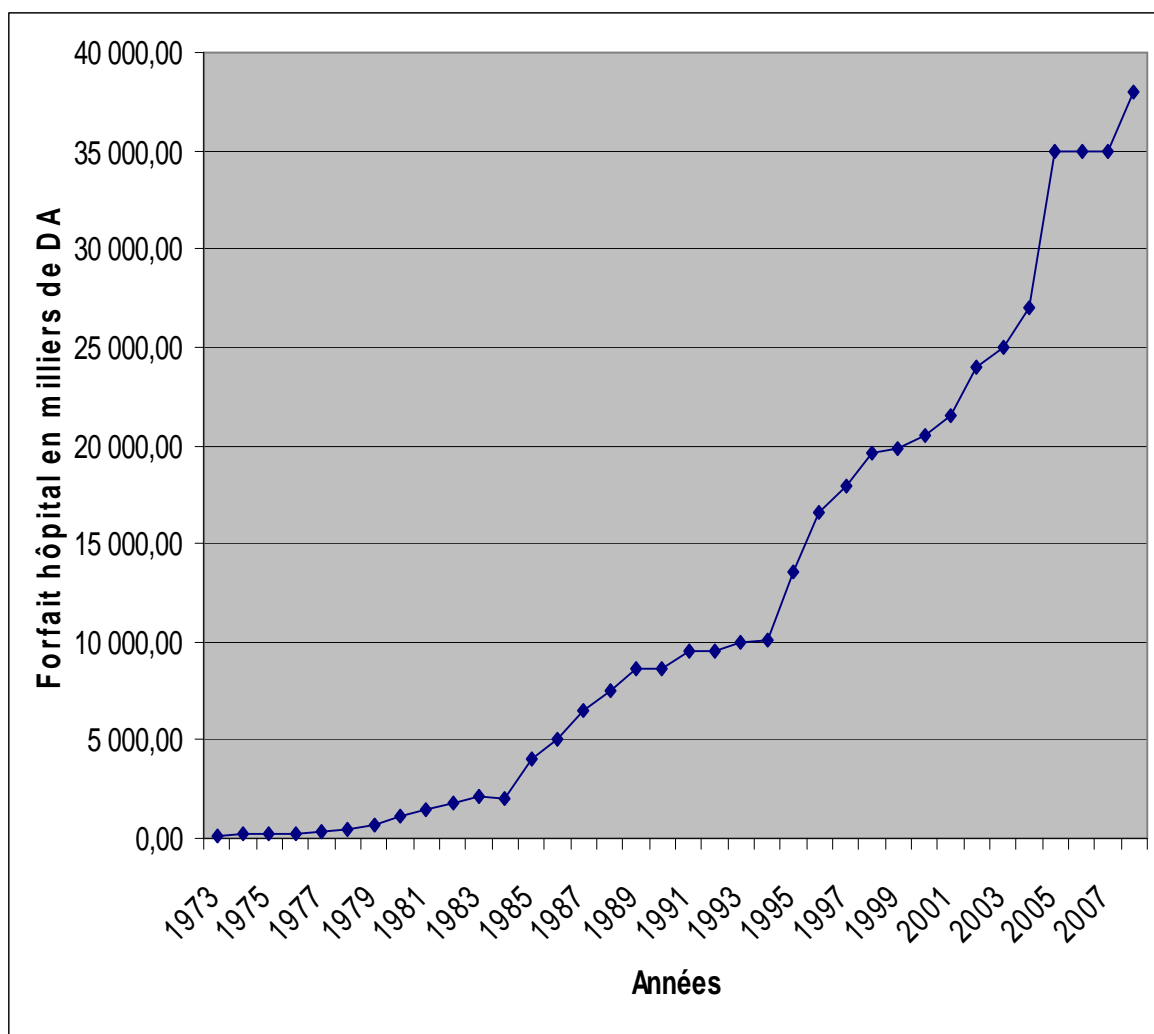
Tableau n°13: La contribution de la Sécurité sociale en Algérie : « forfait hôpitaux » de 1973 à 2009

Années	Montant en millions DA	Taux d'évolution année de base 1973	Evolution par année
1973	120,00	100,00	-----
1974	199,00	165,83	65,83
1975	225,00	187,50	13,07
1976	245,00	204,17	8,89
1977	300,00	250,00	22,45
1978	475,00	395,83	58,33
1979	714,50	595,42	50,42
1980	1 126,00	938,33	57,59
1981	1 410,00	1 175,00	25,22
1982	1 800,00	1 500,00	27,66
1983	2 102,00	1 751,67	16,78
1984	2 055,80	1 713,17	-2,20
1985	4 000,00	3 333,33	94,57
1986	5 000,00	4 166,67	25,00
1987	6 500,00	5 416,67	30,00
1988	7 545,00	6 287,50	16,08
1989	8 600,00	7 166,67	13,98
1990	8 600,00	7 166,67	0,00
1991	9 500,00	7 916,67	10,47
1992	9 500,00	7 916,67	0,00
1993	9 983,00	8 319,17	5,08
1994	10 050,00	8 375,00	0,67
1995	13 551,00	11 292,50	34,84
1996	16 576,00	13 813,33	22,32
1997	17 972,00	14 976,67	8,42
1998	19 652,00	16 376,67	9,35
1999	19 872,00	16 560,00	1,12
2000	20 540,50	17 117,08	3,36
2001	21 500,00	17 916,67	4,67
2002	24 000,00	20 000,00	11,63
2003	25 000,00	20 833,33	4,17
2004	27 021,27	22 517,73	8,09
2005	35 000,00	29 166,67	29,53
2006	35 000,00	29 166,67	0,00
2007	35 000,00	29 166,67	0,00
2008	38 000,00	31 666,67	8,57
2009	38 000,00	31 666,67	0,00

Source : Rapport CNES : « l'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier » 18^{ème} session plénière juin 2001 page 75
Données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH). Calculs personnels (Taux d'évolution et l'évolution par année)

En effet, nous pouvons, d'emblée dire que le point le plus haut de la croissance du forfait hôpital a été atteint en 1985 avec un taux d'évolution annuel qui a dépassé 94%. C'est une période marquée par un désengagement progressif de l'Etat. De 1985 à 1990, la CNAS était le principal financeur du système national de santé. Depuis cette date, la croissance de la contribution forfaitaire commence à diminuer (10,47% en 1991, 5,08 % en 1993 et 0,67% en 1994). Sur la période récente, le taux de croissance de la part de la Sécurité sociale dans le financement des établissements publics de santé a été constamment inférieur à la moyenne de l'évolution constatée de 1974 à 1990. A partir de 2005, la contribution de la CNAS se situe à 35 milliards de dinars, elle n'a augmenté que de 3 milliards de dinars en 2008 et 2009.

Graphique n°07 : L'évolution du forfait hospitalier à la charge de la Sécurité sociale en Algérie de 1973 à 2009



Source : Réalisé par nos soins à partir du tableau n° 13

Depuis son instauration en 1973, le montant du forfait hôpitaux a connu une augmentation exponentielle, il a été, en effet, multiplié par un peu plus de 30, en 22 ans (jusqu'en 1985) et par presque 300 en 2005 soit près de 32 ans après.

Cette augmentation peut s'expliquer par les besoins croissants des établissements publics de santé, d'une part et par un relatif désengagement de l'Etat dont la contribution ne dépassait pas 38% de 1985 à 1990, d'autre part. A cela s'ajoute, l'effet renchérisant, conséquences des dévaluations successives décidées par l'Etat lors l'application des mesures d'ajustement structurel.

A partir des années 2000, malgré l'importance du montant de la contribution forfaitaire de la CNAS qui avoisine en moyenne les 30 milliards de dinars, ce montant connaît une certaine stabilité. Son taux d'évolution est relativement constant, par rapport aux évolutions des années précédentes. Il faut dire que depuis la révision des mécanismes de financement des soins dispensés par les établissements publics de santé, introduite en 1993, la participation de la CNAS a commencé à s'amenuiser pour ne représenter en moyenne que 35%. Une contribution qui était de l'ordre de 62% de 1985 à 1990.

Ayant le statut d'Etablissement Public à Gestion Spécifique (EPGS), les caisses de la Sécurité sociales doivent chercher des modalités de financement lui permettant d'assurer une meilleure efficacité par rapport aux coûts engagés. A cet effet, ils doivent relancer le programme de la contractualisation qui tarde à voir le jour.

Etant considérées comme commerçantes dans ses rapports avec les tiers, le processus de contractualisation entre les établissements publics de santé et les organismes de Sécurité sociale garantit plus de transparence et une meilleure régulation du financement des soins de santé. Chaque établissement reçoit les fonds nécessaires en fonction de ses activités réelles.

2.2. Les transferts pour soins à l'étranger

Les transferts pour soins à l'étranger ont représenté, pendant longtemps, une fraction de dépenses très importante, ce poste a connu, en fait, une très forte hausse pendant les années 80. A défaut de médecins spécialistes, et dans le but de pallier les insuffisances du secteur public pour certaines pathologies lourdes, l'on *aboutit à une médicalisation outrancière fortement dépendante de l'extérieur*¹⁷¹, plus de 6 000 malades en 1988, ont bénéficié de soins à l'étranger occasionnant une dépense de 0,94 milliards de dinars.

¹⁷¹ Oufriha F Z « Essai sur le système de soins en Algérie » In cahiers du CREAD N°13 de l'an 1998 page 2.

Tableau n°14 : Les transferts pour soins à l'étranger de 1985 à 2009

Année	Nombre de malades	Dépenses engagées En milliards DA
1985	6 300	0,76
1987	6 693	ND
1988	6 087	0,94
1989	2 666	0,62
1990	2 100	0,74
1991	2 490	1,24
1992	3 456	1,82
1993	4 602	5,48
1994	4 539	10,41
1995	2 411	7,05
1996	762	2,47
1997	811	2,06
1998	834	1,45
1999	1 026	0,79
2000	1 216	1,9
2001	1 183	1,4
2002	1 512	3,2
2004	1 188	2,6
2005	1 282	ND
2006	1002	ND
2007	1019	3,1
2008	1008	2,3
2009	1003	1,5

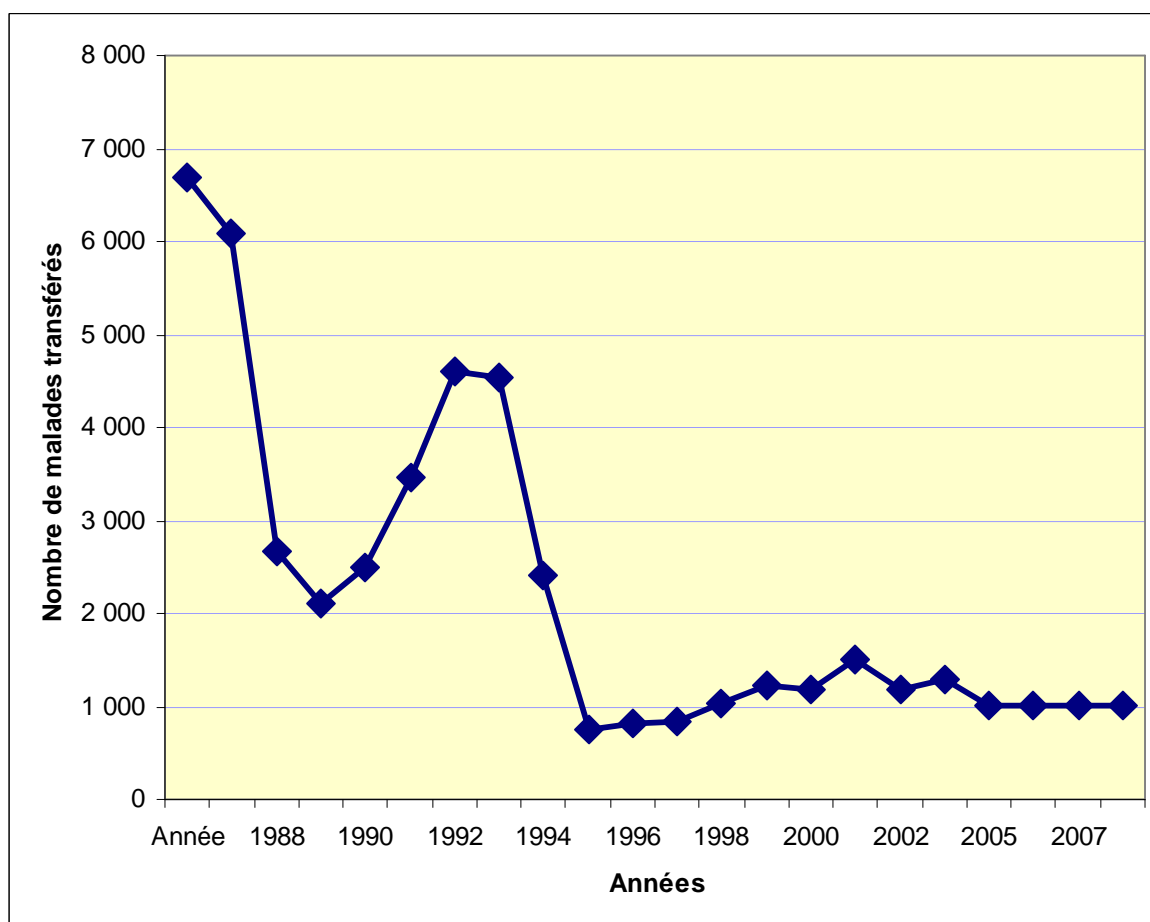
Source : Commission Médicale Nationale (1999-2006)

Le Ministère du Travail de l'Emploi et de la Sécurité Sociale « *document sur les transferts pour soins à l'étranger, février 2010* ».

Le tableau ci-dessus montre que le nombre d'envois était relativement très important, mais sur le plan pécuniaire, les dépenses qui y sont occasionnées ne sont pas affectées en conséquence, du fait qu'elles prenaient la forme d'un forfait¹⁷², d'une part, et que les dévaluations successives du dinar algérien n'étaient pas encore décidées, d'autre part.

¹⁷² En 1968, sur proposition de l'Etat français, les pathologies lourdes sont prises en charges moyennant paiement d'un forfait de 350 FF/jour.

Graphique n° 08: Evolution du nombre de malades transférés à l'étranger de 1985 à 2009



Source : Réalisé par nos soins à partir du tableau n°14

A partir de la fin des années 1990 et suite aux crises économiques qu'a connues l'Algérie, la rationalisation des dépenses est devenue une vertu, le nombre de malade transféré à l'étranger a été réduit notablement depuis 1995, l'on passe ainsi de plus de 10 milliards DA en 1994 avec 4 539 envois à 1,8 milliards DA en 2000 avec 1 216 envois.

Malgré le nombre réduit des transferts à l'étranger, ce poste occasionne des dépenses importantes qui se situent à des niveaux relativement très élevés, par rapport au nombre de malades transférés, plus 3 milliards de dinars en 2002 (pour 1512 malades transférés) et plus de 2 milliards de dinars en 2004 et en 2008 pour respectivement 1 188 et 1008 malades transférés.

Consciente de l'importance de ces dépenses, la CNAS a consenti des efforts pour réduire de façon significative le nombre de maladies donnant droit au traitement

à l'étranger, le but final étant de mettre un terme définitif aux transferts pour soins à l'étranger. A cet effet, un certain nombre de conventions ont été signées avec des cliniques privées (en 2004, 8 cliniques de chirurgie cardio-vasculaires et 36 cliniques privées d'hémodialyse).

De surcroît, la Sécurité sociale a passé, à la fin de l'année 1992, des conventions avec 37 structures sanitaires publiques spécialisées¹⁷³ dans le traitement de maladies pourvoyeuses de transferts pour soins à l'étranger. Certaines d'entre elles avaient même pour objectif le choix des équipements¹⁷⁴ à importer.

Il faut reconnaître que les efforts de rationalisation de dépenses remontaient déjà à l'institutionnalisation de la gratuité des soins, la décision de réduire ce poste de dépenses a été confirmée en 1985, le gouvernement exhortait déjà les organismes de Sécurité sociale à s'engager dans un processus de conventionnement avec les établissements publics de santé spécialisés.

En 1995, un arrêté a été promulgué le 27 septembre définissant une convention-type applicable à l'ensemble des conventions à passer entre les organismes de protection sociale et les structures de santé, et ce, pour prendre en charge les pathologies qui faisaient l'objet de transfert pour soins à l'étranger. En août 2005, le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière a élaboré un programme ambitieux pour la réduction des TSE voire l'arrêt de certains TSE.

Une analyse approfondie des causes des Transferts pour Soins à l'Etranger (TSE) peut nous éclairer sur la nature des maladies les plus pourvoyeuses d'envois. En effet, sur les 1002 malades transférés à l'étranger en 2006, la commission des TSE constate que les principales causes sont due essentiellement aux :

- Affections cardiologiques : 398 cas ;
- Affections neurochirurgicales : 145 cas ;
- Affections oncologiques : 123 cas ;
- Orthopédie : 109 cas
- Affections ophtalmologiques : 105 cas ;
- Néphrologie : 43 cas ;

¹⁷³ Ces services n'étant pas équipés pour prendre en charge certaines pathologies, la sécurité sociale a financé les travaux d'équipements et d'aménagement à hauteur de 187 millions de DA en 1993, de même des conventions ont été signées par la CNAS avec 34 équipes de médecins formés dans des pathologies pourvoyeuses de soins à l'étranger.

¹⁷⁴ Avant 1996, il y avait une centrale d'achat chargée de l'importation de certains équipements destinés aux établissements publics de santé spécialisés, pour le choix dudit matériel, la CNAS a passé des conventions avec plus de 34 équipes formées de médecins spécialistes dans le domaine des maladies nécessitant des transferts à l'étranger.

- Divers : 79 cas.

Cette étude est d'une importance capitale, dans la mesure où elle peut guider les institutions en charge de la Sécurité sociale à prendre des mesures susceptibles de réduire considérablement le nombre de transferts, et ce, soit par l'intéressement des équipes algériennes déjà existantes, soit par un programme riche en formation des spécialistes dans les dites pathologies. A défaut, la CNAS peut étendre le nombre de conventions avec des cliniques privées spécialisées ou avoir recours à la venue en Algérie d'équipes étrangères ou même prévoir des avantages pécuniaires pour sa diaspora (médecins spécialistes).

En tout état de cause, les soins lorsqu'ils sont dispensés en Algérie, au niveau des hôpitaux ou des cliniques privées, coûtent beaucoup moins chers, à titre illustratif, le professeur Bougherbal président de la commission de TSE, souligne qu'un malade pris en charge pour des pathologies de cardiopathies, par exemple, peut coûter, en Algérie, environ 500 000 DA à 900 000 DA respectivement à l'hôpital et dans une clinique privée alors que son transfert à l'étranger peut coûter jusqu'à 3 millions de dinars.

2.3 Le remboursement des médicaments

Par rapport à la situation du remboursement des médicaments, les chiffres de la Direction Générale de la sécurité sociale font état de 35,31 milliards de dinars, en 2003, 44,13 milliards de dinars en 2004 et de 50,50 milliards en 2005, elle avoisine 70 milliards de dinars en 2007 ; ce montant connaîtrait prochainement des augmentations beaucoup plus importantes dans la mesure où la liste des médicaments remboursés par l'Etat a été étendue, en 2008, passant de 116 à 295 médicaments reconnus internationalement, d'une part, et l'importance des évolutions enregistrées ces dernières années (de 2004 à 2008) en matière de médicaments importés, d'autre part.

En outre, déjà au 31 mars 2005, un total de 3705 produits a été enregistré dans la nomenclature¹⁷⁵ nationale. Il faut dire que le montant des remboursements était relativement faible, avant la fin de l'an 2000, en 1998, il ne représente que 16,440 milliards de DA, ce montant est passé à 19,70 milliards de DA en 2000 et à plus de 70 milliards de DA huit ans après.

¹⁷⁵ La nomenclature définit les classes de médicaments autorisés à la consommation et par conséquent à la production et ou à l'importation, en Algérie, Art 176 Loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée par la loi 90-17 du 31 juillet 1990 stipule : « il ne peut être délivré au public, ni fabriqué sur le territoire national des médicaments à l'usage de la médecine humaine,,, autre que ceux inscrites à la nomenclature des produits pharmaceutiquesagréés par le ministère chargé de la santé après avis conforme de la commission nationale de nomenclature prévue à l'article 175 », la nomenclature nationale des produits pharmaceutiques est mise à jour continuellement par l'inscription de nouveaux produits, le non renouvellement d'enregistrement, et le retrait de produits, elle fait mention pour tous les produits de la DCI.

Tableau n°15: Le remboursement des médicaments de 1988 à 2008

Année	Remboursement des médicaments en milliards DA	Taux d'évolution en %
1988	0,500	-----
1989	0,740	48
1990	0,940	27,03
1991	1,350	43,62
1992	3,500	159,26
1993	5,500	57,14
1994	6,500	18,18
1995	10,570	62,62
1996	14,880	40,78
1997	16,920	13,71
1998	16,440	-2,84
1999	15,850	-3,59
2000	19,700	24,29
2001	24,12	21,82
2002	27,30	11,94
2003	35,31	30,7
2004	44,13	24,97
2005	50,50	14,43
2006	54,04	7
2007	64,50	19,35
2008	70,80	8,52

Source : Direction générale de la Sécurité sociale

Le tableau ci-dessus (n°15) montre la part grandissante qu'occupe le poste des dépenses relatives aux remboursements de médicaments, l'augmentation de ces dépenses a connu des tendances exceptionnelles pour atteindre un pic de plus 159% d'évolution annuelle en 1992 et un autre de plus de 62% en 1995. Ces augmentations peuvent, en fait, être attribuées à plusieurs facteurs :

- **La transition épidémiologique**

Pendant la période postcoloniale, la situation sanitaire a été dominée par la prévalence des maladies transmissibles. A partir des années 80, l'Algérie assiste à une modification de la nature des problèmes de santé avec une multiplication des maladies non curables, transmissibles et des pandémies mondiales.

La transition épidémiologique a coûté très cher car elle s'est, malheureusement caractérisée, par la persistance et le grand retour des maladies transmissibles et l'émergence des nouvelles maladies dites de civilisation (de l'opulence) ; l'on assiste ainsi, à une plus grande incidence des pathologies lourdes très coûteuses. Les coûts des nouvelles spécialités, pour le traitement des maladies chroniques et de civilisation telles que le cancer, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et autres, sont proposés à des prix rédhitoires.

- **La politique d'admission au remboursement**

En Algérie, nous pouvons dire qu'il y'a une bonne prise en charge des médicaments par les organismes de la Sécurité sociale. Jusqu'à une date récente, tous les médicaments étaient remboursés par l'assurance maladie et le tarif de référence n'était pas appliqué. Le niveau du remboursement est fixé à 80 % alors que ce taux varie en France entre 35%, 65% ou 100%, et ce, en fonction de la valeur ajoutée thérapeutique ou du service médical rendu ; en mars 2006 certains médicaments notamment les veinotoniques ont été déclassés (leur taux de remboursement passe de 35% à 15%).

Il faut, en outre, signaler que l'absence d'une politiques de maîtrise médicalisée des dépenses de santé comme celles utilisées dans d'autres pays notamment les Références Médicales Opposables ne font qu'augmenter le poids croissant des soins de santé admis au remboursement.

De même, les critères de prise en charge des soins de santé ne doivent pas se baser seulement sur des considérations de santé publique mais doivent être, également, tributaires du Service Médical Rendu (SMR) et de l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR).

Dans ce contexte, les organismes de la protection sociale doivent disposer des schémas thérapeutiques ou de référentiels opérationnels qui orienteront les médecins à prescrire les soins de santé les plus économiquement avantageux et les mieux adaptés.

Ces schémas peuvent par la suite servir de Références Médicales Opposables (RMO) et de recommandations de bonnes pratiques pour rémunérer les médecins privés en fonction du respect ou non des ces référentiels.

Quant à l'admission des bénéficiaires, la liste a été étendue à la plupart des catégories (les étudiants, les handicapés, les stagiaires et les emplois dans le filet social) ce qui élargit davantage le nombre des assurés sociaux et de leurs ayants droit, et par là même leur consommation de médicaments qui s'ajoutera à la demande initiale. Actuellement, d'après les chiffres de la CNAS, la Sécurité sociale couvre environ 28 millions de bénéficiaires de personnes à raison de 4 ayants droits par assuré (plus de 7 millions d'assurés).

- **Une politique timide de promotion du générique**

Le faible taux de pénétration de ce produit atteste de l'inefficacité des mesures prises; la consommation de ce type de médicament reste, en fait, marginale. Il faut reconnaître que la promotion du générique est très récente en Algérie.

Les premières tentatives qui incitaient à la création d'une offre de génériques, remontent au 07/09/ 2003 lorsque le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalières a conditionné la délivrance des décisions d'enregistrement d'un médicament original par l'absence de son générique sur le marché national, puis à l'application du tarif de référence ainsi qu'aux avantages accordés aux investisseurs pour promouvoir la généralisation de ce médicament.

En 2008, en plus de l'allongement de la liste médicaments interdits à l'importation, qui a été portée à 409 médicaments, les importateurs sont, désormais, tenus de respecter un ratio de 45% de génériques dans leurs importations de produits pharmaceutiques.

Cependant, pour perfectionner encore le système national de santé, la Sécurité sociale doit s'efforcer à sensibiliser les professionnels de santé ainsi que les usagers sur l'importance du recours à l'utilisation du médicament générique et des gains substantiels qu'apporte la consommation de ces médicaments par rapport aux princeps. A ce titre, la nécessité de revoir les marges de distribution officinales est impérieuse pour favoriser le recours aux génériques.

- **La conjoncture économique**

Le renchérissement des prix des médicaments peut être en partie dû aux fortes dévaluations successives et décidées de la monnaie nationale entre 1991 et 1994 et l'augmentation exceptionnelle¹⁷⁶ des prix des médicaments durant 1989 à 1995, aggravée par les effets négatifs découlant de l'application des mesures d'ajustement

¹⁷⁶ Kernane A: « stratégie des firmes multinationales et problématique d'une politique pharmaceutique nationale » thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, Institut National de Planification et des Statistiques, Alger 2007.

structurel. A cela s'ajoute l'évasion sociale qui a pris des proportions alarmantes, selon les statistiques de l'ONS sur l'emploi et le travail en 2007, plus de 53% des actifs ne sont pas déclarés à la Sécurité sociale.

- **L'ouverture du marché du médicament**

L'ouverture du marché du médicament aux investisseurs privés nationaux et étrangers a attisé les convoitises, vu que ce marché est considéré comme très porteur surtout pour les importateurs, le poids des importations et la faiblesse de la production nationale peuvent s'expliquer par le système de marge, de gros et de détail, qui est beaucoup plus avantageux pour les commerçants que pour les producteurs. Cette situation n'a fait que rendre l'Algérie dépendante des médicaments provenant de l'extérieur et dont les prix ne peuvent que prendre une tendance croissante.

Les pharmaciens de leur côté pour améliorer leur revenu acceptent la vente de médicaments en automédication, un phénomène qui commence à se répandre dans toute la société : trois algériens sur quatre achètent directement auprès de son pharmacien des médicaments sans ordonnances.

- **L'extension de l'offre privée**

L'extension de l'offre globale de santé et le développement de la médecine ambulatoire privée augmente davantage le nombre de prescription. De même, la plupart des médecins tentent de multiplier le nombre d'actes, de visites et d'explorations, le poids de la prescription de médicaments explique très largement le haut niveau du ratio prescriptions/coût de l'ordonnance, particulièrement élevé pour les généralistes qui sont à l'origine de près de 60% de l'ensemble des prescriptions.

Le montant moyen par ordonnance a été estimé, en 2004, à 1035 dinars/an pour un total de 45,8 millions d'ordonnances¹⁷⁷. Sans omettre les fraudes au remboursement : l'attribution par complaisance du droit au remboursements aux personnes non assurés sociaux et la prescription, par le praticien privé, de médicaments déjà consommés dans le cadre de l'automédication.

¹⁷⁷ Direction Générale de la Caisse Nationale des Assurances Sociale (CNAS).

CONCLUSION

L'examen de la nature et de l'évolution des dépenses du système de santé algérien nous amène à tirer quelques conclusions très importantes :

Le rythme de la croissance des dépenses de santé 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 les caisses de la Sécurité sociale. Seules les dépenses relatives au forfait hôpital et aux transferts pour soins à l'étranger, comme illustrés respectivement dans les tableaux n°13 et n°14 croissent moins vite, elles commencent même à se ralentir à la fin de la période.

Les dépenses médicamenteuses représentent, quant à elles, le principal poste des dépenses totales de santé. Même si la structure des dépenses n'a pas été, grandement, modifiée, nous pouvons dire que la croissance des dépenses a été, essentiellement, tirée par les médicaments. Ce poste peut être à l'origine d'un accroissement des dépenses de la Sécurité sociale et même d'un éventuel déficit structurel. Pour cette raison, la Sécurité sociale a pris des initiatives louables pour maîtriser les dépenses de santé.

En effet, compte tenu des difficultés liées à l'impossibilité de faire recours à l'augmentation du taux des cotisations sociales, déjà considéré très élevé, les organismes en charge de la protection sociale tentent d'imposer une certaine gestion rigoureuse de ses dépenses de santé. Dans ce cadre, ils œuvrent à parfaire la modernisation de la gestion des prestations sociale, en particulier, le remboursement des médicaments et le développement des relations contractuelles qui les lient avec les établissements publics de santé.

A cet effet, l'on peut citer l'introduction de la carte à puce *Chifa* qui permet, dans le cadre de développement des relations de conventionnements avec les médecins traitants, d'identifier les bénéficiaires, de déterminer et de suivre de près les soins prodigués et l'historique des soins de chaque patient.

L'utilisation de cette carte permet non seulement de simplifier les démarches pour les usagers et d'assurer plus de célérité dans le traitement des dossiers de remboursements des assurés mais aussi d'arriver à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, dans la mesure où elle permet au patient de ne pas refaire les mêmes diagnostics thérapeutiques et à la CNAS d'éviter d'effectuer un double remboursement pour les analyses et les examens médicaux déjà remboursés.

CHAPITRE III

CHAPITRE III : LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser, en premier lieu, à la définition de la notion du financement de la santé et à la détermination des différents financeurs du système de santé algérien, et ensuite à l'analyse des sources de financement et du coût de la santé par rapport au PIB. Avant de conclure ce chapitre, nous essayons d'apporter notre modeste réflexion quant aux palliatifs de ressources et des gisements complémentaires de financement sur une base de la responsabilisation de ceux qui sont à l'origine de la dépense. Il s'agit, dans ce cas, d'un moyen qui pourrait doter le système national de santé de nouvelles ressources financières, tout en réduisant les dépenses, dans la mesure où la logique que nous appelons « *le lien de causalité* » ou « *le lien de cause à effet* » se veut, également, être dissuasive pour les comportements nocifs à la santé.

Nous tenterons, par conséquent, de répondre à un certain nombre d'interrogations liées à la mobilisation de nouvelles ressources financières et ce, selon un mécanisme de responsabilisation basée sur « *le lien de causalité ou de cause à effet* », car nous avons remarqué à travers l'examen des différents postes de dépenses et même à travers la participation des différents bailleurs de fonds, que souvent, dans les modalités de financement de la santé, « *il n'y a aucun lien entre ceux qui sont à l'origine de la dépense et ceux qui la supportent* »¹⁷⁸.

I. LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LES PRINCIPAUX ACTEURS DANS LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

1. Définition du financement de la santé

*"Le financement de la santé fait référence à la collecte de fonds de sources diverses, à la mise en commun des fonds et à la répartition des risques à travers les plus grands groupements de population, ainsi qu'à l'allocation ou à l'utilisation des fonds pour acheter des services chez des prestataires publics et privés de soins de santé"*¹⁷⁹.

Le financement de la santé doit permettre la mobilisation des moyens financiers nécessaires à la mise en place de mesures de prévention et de prise en charge médicale œuvrant à satisfaire les besoins en santé des populations.

¹⁷⁸Oufriha F Z : « La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats » in Cahiers du CREAD n°35-3 6 de 1993. Page 33

¹⁷⁹ Voir rapport de l'OMS sur le financement communautaire de la santé.

2. Financement de la santé en Algérie

Les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985 (voir annexe n°04).

La charte de la Santé est issue des Conclusions et Recommandations établies lors des Assises Nationales de la Santé le 26, 27 et 28 Mai 1998 au Palais des Nations stipule: *"Le financement de la santé demeure une préoccupation. Il doit être basé sur la solidarité nationale en vue de l'accès aux soins pour tous. A ce titre, le principe de la gratuité des soins est réaffirmé dans un cadre juridique renouvelé. Le financement doit concerner en priorité la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Le système et les mécanismes de ce financement doivent être adaptés au développement socio-économique du pays.*

Des sources de financement :

1- Maintien de la participation de l'État pour garantir la solidarité nationale et la cohésion sociale d'une part, et la pérennité de ses prérogatives de puissance publique en matière de planification et de régulation d'autre part.

2- Consolidation du système de couverture sociale et généralisation de la contractualisation et du conventionnement des relations entre les bailleurs de fonds et les structures de santé.

3- Recherche de sources alternatives de financement des dépenses de santé par la définition et la mise en place de mécanismes devant permettre la contribution :

-des assurances économiques,

- des mutuelles et assurances complémentaires basées sur des cotisations volontaires,

- des structures locales et régionales pour couvrir des risques épidémiologiques spécifiques,

- des taxations sur toutes les activités polluantes et sur tous les produits ayant un impact négatif sur l'état de santé du citoyen.

4- Contribution des ménages.

Quant à la loi n° 85-05 du 16 /02/85 relative à la protection et à la promotion de la santé fait à Alger, le 16 février 1985, dans son chapitre VII énonce les différents modes de financement du système de santé.

"Art. 228. - Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité

sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.

Art. 230. - Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifié."

À partir de ces articles, on peut déceler les différents acteurs qui interviennent dans le financement de la santé. En effet, le financement du système de santé algérien est assuré par : l'Etat, les organismes de Sécurité sociale, les collectivités locales, les entreprises et les administrations et les bénéficiaires de soins (les usagers ou les ménages).

a) L'État

L'État prend en charge, par l'intermédiaire des ressources fiscales, les dépenses de prévention, de formation et de recherche médicale ainsi que les soins prodigués aux indigents, aux démunis et ceux ne disposant d'aucune couverture maladie.

Durant les premières années de l'indépendance, l'Etat a concentré ses efforts sur les activités de prévention. Plusieurs institutions ont été créées pour assurer cette mission, il s'agit notamment de l'IPA (Institut Pasteur d'Algérie), de la PCA (Pharmacie Centrale Algérienne), et de l'INSP (Institut National de Santé Publique).

De surcroît, de vastes programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies prévalant ont été entrepris. Des actions ont été initiées, particulièrement en 1969, en faveur de la population pour éradiquer plusieurs maladies, et ce, via la gratuité et l'obligation de la vaccination contre la tuberculose, le trachome, la diphtérie, le paludisme, la coqueluche, la poliomyélite, la variole... etc.

A cela s'ajoute, de gros investissements liés à la construction des établissements publics sanitaires et hospitaliers ainsi que la dotation en équipements qui sont également pris en charge par l'Etat.

b) La Sécurité sociale

La participation de la Sécurité sociale au financement de la santé prend, principalement, la forme d'une dotation forfaitaire, appelée « *forfaits hôpitaux* », qui est versée, au budget des établissements publics de santé, au titre des soins dispensés aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

Elle prend, de par sa vocation, en charge le remboursement des soins des salariés et de leurs ayants droit. A cela, s'ajoute le financement du programme d'espacement des naissances et surtout le financement des transferts pour soins à l'étranger ou hospitalisation à titre externe. De même la CNAS finançait, en 1980, ses propres structures de soins, ouvertes, pour l'ensemble des citoyens qu'ils soient assurés sociaux ou non.

Il convient, également, de signaler l'existence de « *lignes budgétaires spéciales* » pour le financement de certaines pathologies lourdes (dialyse rénale, chirurgie cardio-vasculaire...). La Sécurité sociale participe aussi, par le biais des forfaits investissements, dans le financement des investissements sanitaires, tel que prévu en 1985. Un certain nombre d'investissements revêtant un caractère *spécial* ont été pris en charge par la Sécurité Sociale en dehors des lois de finances.

c) 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 sociales, notamment pour la mise en œuvre des actions de prévention des risques professionnels et de surveillance de l'état de santé des salariés.

La médecine du travail et la prévention des accidents du travail étant une obligation légale de l'employeur. Des conventions, annuellement négociées et

reconduites, devraient concerner l'ensemble des entreprises sans les réduire à leur seule dimension financière. Une coordination et une évaluation régulières entre Sécurité sociale, secteurs sanitaires et entreprises sont, dans ce cadre, indispensables.

d) 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 survenance des accidents de circulation. A cet effet, par exemple, ces compagnies peuvent développer des campagnes de prévention et de sensibilisation pour une meilleure organisation de la circulation automobile. Ces dispositions permettent, en fait, de ne pas répercuter les frais médicaux remboursés sur les primes à payer.

A propos des frais médicaux remboursés au titre des accidents de la circulation, il est à noter que les décrets de 1997 régissant les CHU, les secteurs sanitaires et les Etablissements Hospitaliers Spécialisés ont prévu une participation par les assurances économiques au financement des établissements publics de santé. La loi étant muette quant aux modalités pratiques de la participation de ces institutions de surcroît non obligatoire, sa mise en application n'a jamais été effective.

e) 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. Elles participent également à la mise en place des programmes décentralisés à l'échelon local et s'occupe de la fiscalité locale destinée au financement de la santé.

f) Les bénéficiaires de soins

Faire participer les ménages au financement de la santé est l'une politique les plus répandues à l'échelle mondiale pour responsabiliser les usagers, réduire la demande de service de santé et surtout la surconsommation.

La participation des usagers prend la forme de ticket modérateur restant à la charge des patients, de paiement à l'acte ou de contribution même insignifiante lors des soins prodigués au niveau des établissements publics de santé.

Les personnes n'ayant pas une couverture maladie et non prises en charge par l'Etat supportent la totalité des frais pour les prestations de soins lors de la fréquentation des établissements de santé privés et paient même un forfait hôpital lors des soins dispensés dans des structures sanitaires publiques.

Quant aux assurés et leurs ayants droit, ces derniers supportent uniquement la partie restant à leur charge et non prise en charge par la Sécurité sociale, il s'agit, en fait, du ticket modérateur pour les dépenses médicamenteuses et celles liées aux actes et explorations médicaux.

Il s'agit là de l'une des sources de financement qui peut être très importante mais dont le volume est presque méconnu des institutions. En fait, la part exacte des médicaments non remboursables et ceux non présentés au remboursement peuvent être totalement ignorés à l'aune où l'automédication¹⁸⁰ en est une pratique courante.

II. LES SOURCES DE FINANCEMENTS DE LA SANTE EN ALGERIE

Etudier les outils de régulation des dépenses de santé ainsi que les coûts engendrés par l'utilisation de moyens financiers, matériels et humains reviendra forcément, à étudier la structures des dépenses du système de soins et ce, à partir de ses sources de financement

1. Les sources de financements des Etablissements Publics de Santé en Algérie

Nous examinons, dans cette section, les sources de financements des Etablissements Publics de Santé et la nature de leurs dépenses depuis l'instauration de la gratuité des soins jusqu'en 2009.

¹⁸⁰ En matière de dépenses engagées au titre des médicaments d'automédication, l'estimation de son volume se fait d'une manière approximative en prenant en considération le volume des ventes effectué par les officines privées et publiques ou par le recours au données relatives à l'importation et à la production nationale des médicaments.

Tableau n°16: Les sources de financement des Etablissements Publics de Santé en Algérie de 1974 à 2009

En millions de DA

Années	Participation de l'Etat	Participation de la CNAS	Remboursement de la CNAS	Autres Ressources	Reliquat de trésorerie	Total
1974	684,30	199,00	-----	-----	-----	883,30
1979	1 127,50	714,50	-----	10,00	-----	1 852,00
1983	2 155,7	2 102,00	-----	121,00	-----	2 223,00
1985	2 207,50	4 000,00	-----	161,00	-----	6 368,50
1986	2 675,00	5 000,00	-----	161,00	-----	7 836,00
1987	3 465,00	6 500,00	-----	161,00	-----	9 965,00
1990		8 600,00	140,00	260,00	4 077,00	13 077,00
1991	9 000,00	9 500,00	200,00	400,00	1 000,00	20 100,00
1992	15 106,00	9 500,00	150,00	250,00		25 006,00
1993	15 246,00	9 983,00	150,00	250,00	732,80	26 361,80
1994	18 168,09	11 250,00	150,00	330,00	615,39	30 513,48
1995	21 276,28	13 551,00	300,00	1 200,00	400,00	36 727,28
1996	25 536,78	16 576,00	300,00	700,00	168,00	43 280,78
1997	27 983,00	17 972,00	300,00	800,00	94,00	47 149,00
1998	28 780,88	19 652,00	300,00	800,00	94,00	49 626,88
1999	31 245,51	19 872,00	944,90	800,00	1 433,36	54 295,77
2000	33 036,04	20 540,47	300,00	800,00	133,36	54 809,87
2001	41 387,00	21 500	300,00	800,00	134	64 121,00
2002	49 252,20	24 000,00	300,00	800,00	134,00	74 486,20
2003	59 340,23	25 000,00	300,00	800,00	143,52	85 583,75
2004	63 232,08	27 021,27	2 606,11	800,00	2 115,62	95 775,08
2005	61 695,03	35 000,00	407,50	800,00	2 810,72	100 713,25
2006	73 468,31	35 000,00	300,00	800,00	1 793,52	111 361,83
2007	107 868,74	35 000,00	300,00	800,00	1 177,08	145 145,82
2008	151 471,26	38 000,00	300,00	800,00	3 319,52	193 890,78
2009	173 220,48	38 000,00	300,00	800,00	143,52	212 464,00

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

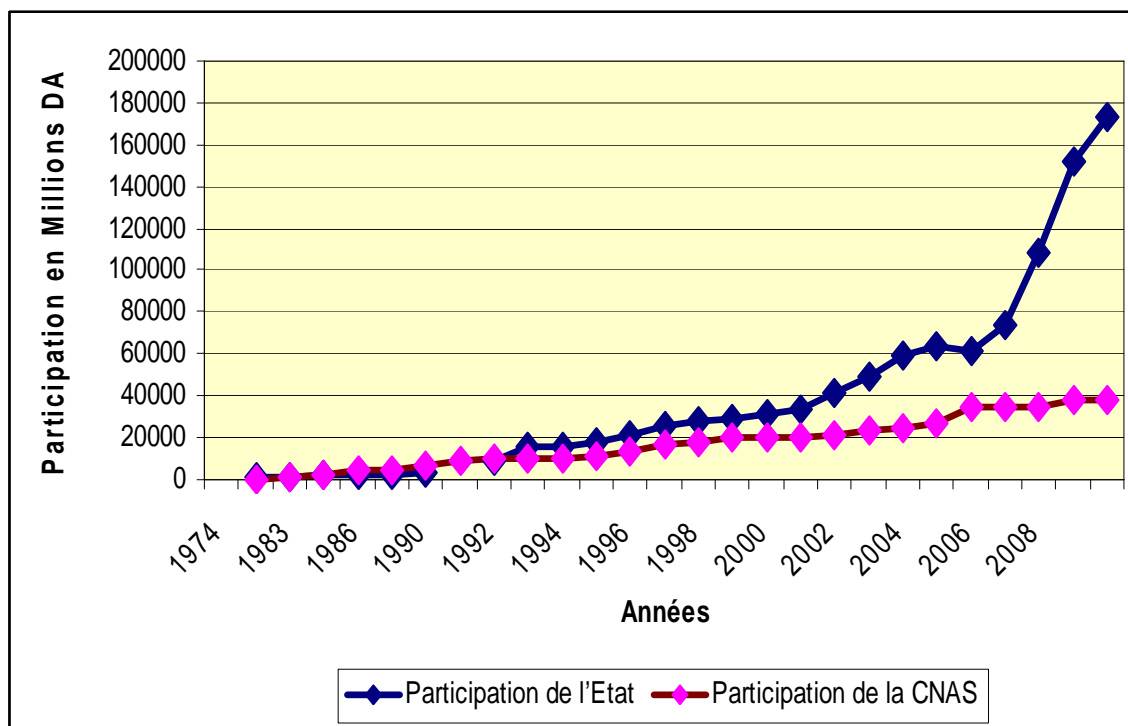
Le tableau n°16 nous renseigne sur l'importance des sommes allouées à la santé. Depuis l'institutionnalisation de la gratuité des soins à ce jour, d'importants fonds ont été consentis au financement des établissements publics de santé. En 1974, ces établissements fonctionnaient avec seulement 883 millions de DA, ce montant a connu une croissance très rapide, il représente en 1985, plus de 6 milliards DA, il sera par la suite multiplié par 6 en 1995 (10 ans après), pour atteindre 36 milliards. Actuellement les établissements de santé reçoivent plus de 100 milliards de DA, et ce, depuis 2005. Ce montant a été doublé, en 2009 (4 ans après), pour dépasser les 200 milliards de DA.

Tableau n°17 : La participation de l'Etat et de la CNAS dans le financement des Etablissements Publics de Santé en pourcentage et leur évolution de 1974 à 2009

Année	Taux de participation de l'Etat %	Taux d'évolution de la participation de l'Etat année de base 1974	Evolution de la participation de l'Etat par année	Taux de participation de la CNAS %	taux d'évolution de la participation de la CNAS année de base 1974	Evolution de la participation de la CNAS par année
1974	77,47	-----	-----	22,53	-----	-----
1979	60,88	164,77	64,77	38,58	359,05	259,05
1983	49,23	315,02	91,19	48,01	1 056,28	194,19
1985	34,66	322,59	2,4	62,81	2 010,05	90,29
1986	34,14	390,91	21,18	63,81	2 512,56	25
1987	34,77	506,36	29,53	65,23	3 266,33	30
1990	-----	-----	-----	65,76	4 321,61	32,31
1991	44,78	1 315,21	-----	47,26	4 773,87	10,47
1992	60,41	2 207,51	67,84	37,99	4 773,87	-----
1993	57,83	2 227,97	0,93	37,87	5 016,58	5,08
1994	59,54	2 654,99	19,17	36,87	5 653,27	12,69
1995	57,93	3 109,20	17,11	36,9	6 809,55	20,45
1996	59	3 731,81	20,02	38,3	8 329,65	22,32
1997	59,35	4 089,29	9,58	38,12	9 031,16	8,42
1998	57,99	4 205,89	2,85	39,6	9 875,38	9,35
1999	57,55	4 566,05	8,56	36,6	9 985,93	1,12
2000	60,27	4 827,71	5,73	37,48	10 321,84	3,36
2001	64,55	6 048,08	25,28	33,53	10 804,02	4,67
2002	66,12	7 197,46	19	32,22	12 060,30	11,63
2003	69,34	8 671,67	20,48	29,21	12 562,81	4,17
2004	66,02	9 240,40	6,56	28,21	13 578,53	8,09
2005	61,26	9 015,79	-2,43	34,75	17 587,94	29,53
2006	65,97	10 736,27	19,08	31,43	17 587,94	0
2007	74,32	15 763,37	46,82	24,11	17 587,94	0,00
2008	78,12	22 135,21	40,42	19,60	19 095,48	8,57
2009	81,53	25 313,53	14,36	17,89	19 095,48	0,00

Source : Calcul personnel à partir des données du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Graphique n°09: La participation de l'Etat et de la Sécurité sociale au financement des Etablissements Publics de Santé de 1974 à 2009



Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

Le tableau n°16 et le graphique n°09 mettent en exergue l'importance des sommes engagées pour la santé et du rôle joué par les deux principaux financeurs de la santé, en l'occurrence l'Etat et la Sécurité sociale. Les données traduisent une situation où l'Etat était le principal financeur de 1974 à 1984, il se désengage à partir de 1985 jusqu'à 1990, à partir de 1991 il regagne sa position initiale.

Il est à noter qu'en dinars courants, les dotations budgétaires ont enregistré une forte progression sur l'ensemble de la période allant de 1974 à l'an 2000. Le rythme annuel d'augmentation se révèle continûment soutenu. Cependant, en réalité, cette poussé peut être démentie. En dinars constants, les dotations ont subi un net repli (après déflation)¹⁸¹ pour retomber pratiquement à leur niveau initial. Elles tendent vers une légère amélioration à partir de 1998.

¹⁸¹ Kaïd Tlilane N, « *le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa* », Thèse de doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. Alger. 2003, P 61. Les données relatives aux dotations budgétaires des établissements de santé ont été déflatées par l'auteur. Les résultats obtenus mettent en évidence une baisse graduelle en dinars constants contrairement aux chiffres annoncés, exprimés en dinars courants, qui affichent, compte non tenu de l'inflation, une forte progression.

Nous examinons, dans ce qui suit, d'une manière approfondie, le rôle joué par les deux principaux pourvoyeurs de fonds, en mettant en évidence l'importance de la part du financement des deux acteurs, suivant les périodes marquées par la forte présence de chacun. L'analyse de l'évolution des sources de financement des Etablissements Publics de Santé du système de santé algérien nous permet d'identifier trois grandes périodes dans son développement depuis l'institutionnalisation de la gratuité des soins à ce jour (voir les statistiques dans l'annexe n°05).

a. La période allant de 1974 à 1984

Depuis l'institutionnalisation de la médecine gratuite, l'Etat algérien a alloué des ressources considérables. Son intervention était très prépondérante, le financement des dépenses des établissements publics de santé s'élevait, en 1974, à 883 millions de DA dont plus 77 % constituent la contribution de l'Etat.

Cependant et suite aux crises économiques qu'a connues le pays dues essentiellement à la chute des prix des hydrocarbures, une grande partie des dépenses de fonctionnements des établissements publics de santé est laissée à la charge de la Sécurité sociale, et ce, de 1985 à 1990, comme corollaire au désengagement marqué par une forte régression de la participation de l'Etat. La contribution de ce dernier s'est amoindrie pour se situer autour de 34%.

Il convient de rappeler que pendant cette période, les cours du pétrole se situaient autour de 15 USD le baril, ils ont même chuté jusqu'à 7 USD pendant quelques jours en 1985.

b. La période allant de 1985 à 1990

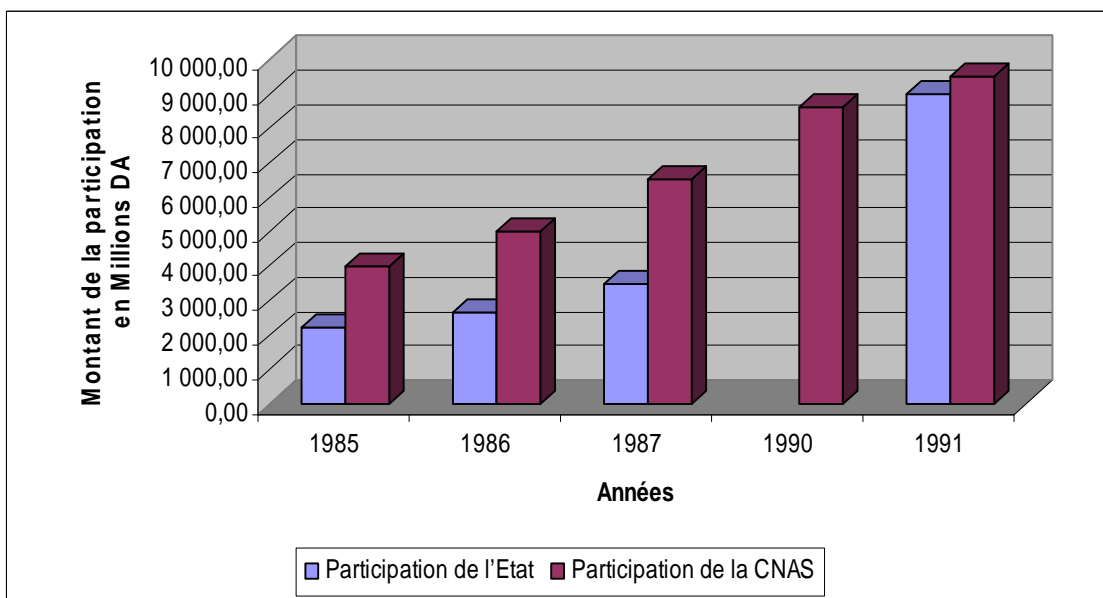
Cette période est marquée par la forte participation de la CNAS au financement des établissements publics de santé. Il faut dire que la Sécurité Sociale, particulièrement, la CNAS, a été toujours subordonnée et associée à la logique d'extension régalienne de la politique sociale de l'Etat, des activités que ce dernier fait financer par la Sécurité Sociale.

Une subordination, qui s'est confirmée davantage lors de l'institutionnalisation de la médecine gratuite, qui se fera par le biais du "*forfait hospitalier*", lequel mode de financement deviendra graduellement principal dans le financement des dépenses de fonctionnement des établissements de santé (EPSP, EPH, CHU).

En effet, la décision portant "*la gratuité des soins*" est à l'origine de l'accroissement de la contribution de la Sécurité Sociale au financement des budgets des secteurs sanitaires. L'on se trouve, alors dans une situation où la gratuité des soins est de plus en plus financée par les organismes de la Sécurité sociale surtout durant les années 1980.

Le tableau n°17 et le graphique n°10 montrent l'implication financière grandissante de la CNAS dans le financement du budget des établissements de santé, en particulier à partir de 1985. L'importance du rôle de la Sécurité sociale est ressentie suite à la récession économique qu'a connue le pays. À cette époque, la Sécurité sociale était considérée comme un important financeur de la santé.

Graphique n°10: Le financement des Etablissements Publics de Santé de 1985 à 1991



Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

La Sécurité sociale finançait déjà, à cette date, près de 63 % du total du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires. Pendant ces années, le système de santé est largement financé par la Sécurité sociale. Ainsi la Sécurité sociale a vu sa part augmenter à hauteur de 65% jusqu'en 1990.

Cependant, à partir de 1991, la participation de la CNAS commence à s'amenuiser, les modalités de financement de la santé publique, ne sont plus les mêmes, la loi de finances de 1993 dispose que la participation des organismes de la Sécurité sociale au financement du budget des établissements publics de santé, doit se

faire sur la base de la contractualisation des rapports entre les organismes prestataires de soins et ceux financeurs de la santé.

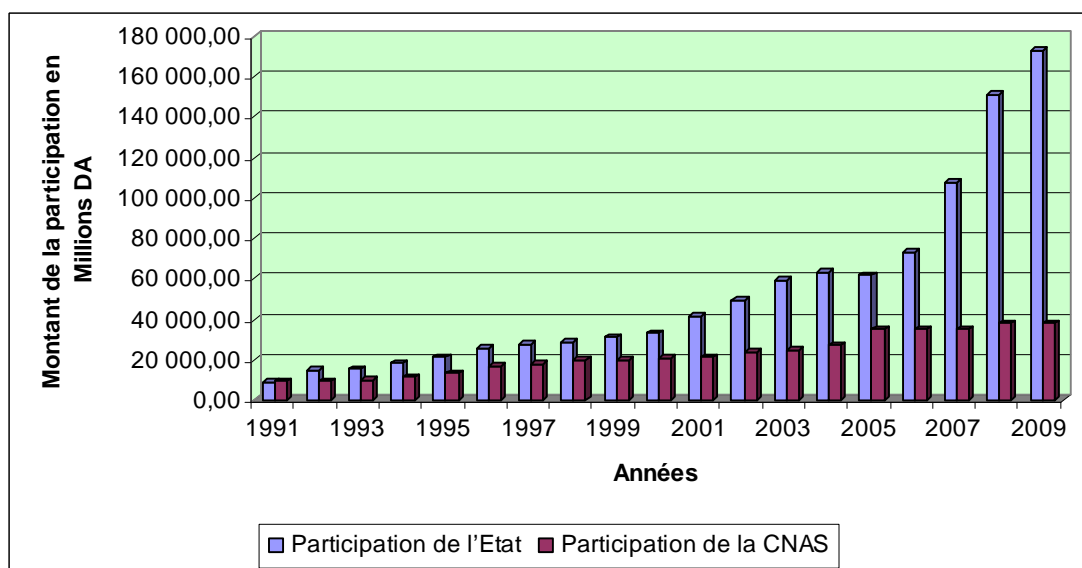
A cela, s'ajoute l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne, durant les années 2000, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus large et qui permet à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

c. La période allant de 1991 à 2009

A partir de 1991, la participation de l'Etat commence à croître timidement pour atteindre les 65% en 2001. Il faut reconnaître qu'à partir des années 1990, les ressources de la Sécurité sociale commencent à être relativement très limitées, et cela est dû, essentiellement, à la contraction du champ des cotisations et à la forte sollicitation de prestations sociale, dans un contexte de pression sociale, résultant des effets négatifs de l'application du Plan d'Ajustement Structurel (PAS). À cela s'ajoute les mesures prises en 2005, pour la réduction des charges parafiscales et l'annulation du versement forfaitaire.

La part de l'État devient de plus en plus importante et l'écart commence à se creuser davantage par rapport à la participation de la CNAS. À partir de 2002, la part de l'État représente plus que le double de celle de la CNAS.

Graphique n°11: Le financement des Etablissements Publics de Santé de 1991 à 2009



Source : Réalisé par nos soins à partir des données Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

L'évolution de la participation du budget de l'État, peut s'expliquer par l'embellie financière dont bénéficie l'Algérie, notamment grâce à la hausse des prix des hydrocarbures. En termes courants, la valeur du PIB est passée de 51,5 milliards \$ en 2001 à 66 milliards \$ en 2003, et l'État a réussi à accumuler plus de cent milliards de dollars de réserves de changes.

En effet, «*au cours de la période 2002 - 2006, les recettes budgétaires ont progressé de 123,4 % passant de 1603,2 milliards de dinars en 2002 à 3 582,3 milliards de dinars en 2006. Par rapport au produit intérieur brut (PIB), les recettes totales sont passées de 35,3 % en 2002 à 41,1 % en 2005 puis à 42,7 % en 2006. L'accroissement de ce ratio est lié à l'augmentation de la part de la valeur ajoutée du secteur des hydrocarbures dans le PIB qui est passée de 32,5 % en 2002 à 44,7 % en 2005 et à 46,2 % en 2006*»¹⁸²

2. Les sources de financement de la santé en pourcentage des Dépenses Totales de Santé en Algérie

L'analyse des sources de financement de la santé en pourcentage des dépenses totales de santé peut nous permettre d'apporter un éclairage sur l'origine et la nature du financement du système de santé algérien. En effet, à partir des différentes sources de financement de la santé, nous pouvons déceler si le financement est entièrement public, privé ou mixte.

Le financement des dépenses de santé, en Algérie, comme déjà signalé auparavant, a trois origines majeures :

- Le financement par le budget de l'Etat : Malgré un net repli à partir de 1985, on a assisté à une augmentation des sommes allouées par l'Etat aux soins de santé, sa part dans le financement était prépondérante pendant les années 1970, plus de 70 % représentait sa contribution lors de l'institutionnalisation de la gratuité des soins. Cette contribution diminue, ensuite, passant de 76,51% en 1974 à 27,5% en 1988.
- Le financement à travers les caisses de Sécurité sociale : Depuis la fin des années 1980, la part relative de la CNAS dans le financement de la santé est passée de 23,49% en 1974 à 64,2% en 1987. De 1985 à 1990, la CNAS a joué un rôle important lors du désengagement relatif de l'Etat suite au choc pétrolier.

¹⁸² Rapport sur les indicateurs monétaires et financiers de l'Algérie en 2006 Banque Algérie.

- Le financement à travers les usagers: L'analyse du financement de la santé à travers les contributions des ménages telles qu'elles ressortent dans le graphique n°12 nous permet de conclure que la part des ménages a augmenté de manière considérable au cours des trois dernières décennies.

Elle représentait plus de 20% depuis la fin des années 1980. Il faut dire, qu'en 1984, le désengagement progressif de l'Etat est ressenti suite à la suppression de la distribution gratuite des médicaments qui est intervenue au niveau des structures extra hospitalières. La loi du 16/02/1985 prévoyait, déjà, la possibilité de faire contribuer les usagers au financement de la santé.

Des tickets modérateurs, payables au niveau des structures sanitaires publiques, sont instaurés. L'Arrêté interministériel du 7 janvier 1995 a instauré une participation des malades aux frais des actes de diagnostic et de traitement qui leur sont prodigués à l'occasion d'une consultation auprès des établissements publics de santé. Cet arrêté fixe le montant de 100 DA pour la journée d'hospitalisation et les consultations spécialisées et 50 DA pour la consultation de médecine générale.

A cela s'ajoute la non actualisation et la non révision des tarifs¹⁸³ de la nomenclature des actes professionnels de santé depuis 1987.

Il est à noter que la plus grosse part des dépenses des ménages reste effectuée directement par les usagers dans le secteur privé dont l'évaluation demeure impossible en l'absence des comptes nationaux de la santé et de la faiblesse de l'information sur les dépenses au niveau des assurances, des mutuelles, des structures hospitalières privées et des dépenses dans le cadre de l'automédication, ce qui rend impossible de quantifier, avec exactitude les dites dépenses.

En raison de peu d'informations fiables dont nous disposons, concernant surtout la part des ménages dans les dépenses totales de santé, en Algérie, nous nous sommes contentés dans le tableau qui suit des statistiques relatives à la part des trois principaux acteurs qui interviennent dans le financement de la santé, et ce, de 1975 à 2005.

¹⁸³ Le tarif sur la base duquel est remboursée une consultation chez un généraliste s'élève ainsi à 50 DA alors que ce type de consultation est facturé environ 500 DA aux patients. Pour une consultation chez un spécialiste, le tarif de remboursement est de 100 DA, alors que le patient paye 800 DA voire plus de 1000 DA.

Tableau n°18 : Les sources de financement en Algérie en pourcentage des Dépenses Totales de Santé de 1974 à 2005.

Années	Part de l'Etat %	Part de la Sécurité sociale %	Part des Ménages %
1974	76,51	23,49	0,00
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,60	61,40	2,00
1987	34,21	64,20	1,59
1988	27,50	51,20	21,30
1992	30,50	38,87	30,63
1994	34,50	37,10	28,40
1996	38,45	35,65	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
1998	34,10	39,70	26,20
1999	42,56	29,33	28,11
2000	47,27	26,02	26,71
2001	51,62	25,77	22,61
2002	48,42	26,88	24,70
2003	50,38	27,01	22,61
2004	48,43	24,07	27,50
2005	51,16	23,63	25,21

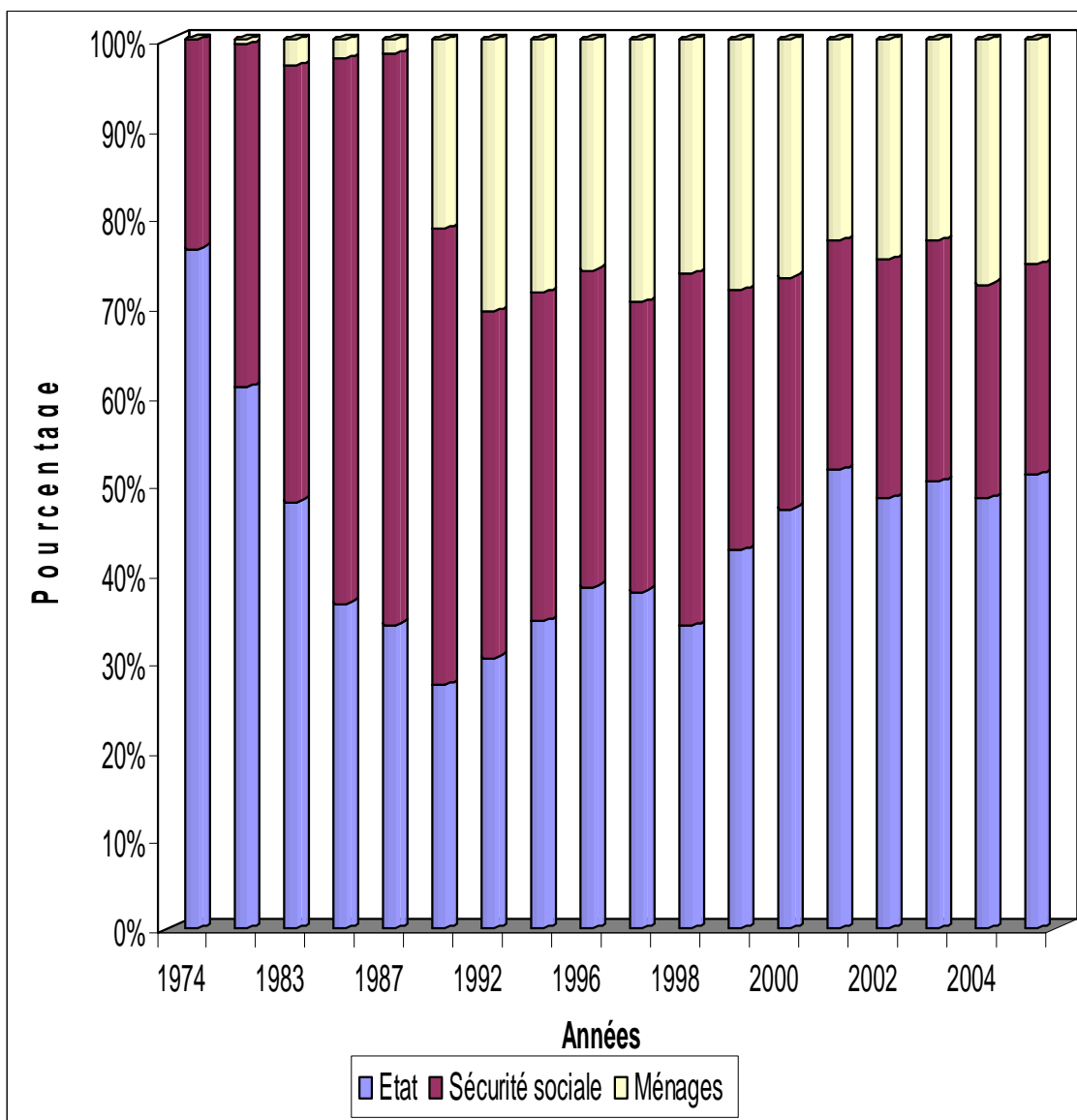
Source : Calculs personnels à partir :

- Des données du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- Kaïd Tlilane N, « le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa », Thèse de doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. Alger. 2003
- Université Sherbrook données statistiques
- Rapport de la Banque Mondiale, Revue des dépenses publiques : document de la Banque Mondiale volume I. L'Algérie à la recherche d'un investissement de qualité du 15 août 2007.

Comme l'illustre le tableau n° 18, l'Etat, la Sécurité sociale et les ménages sont les trois principaux acteurs qui interviennent dans le financement de la santé. En Algérie, les ressources qui peuvent être allouées à ce secteur sont tributaires de la conjoncture économique.

Les données citées dans cette section nous amènent à conclure que le secteur de la santé peut connaître de fortes variations circonstancielles liées essentiellement à des conjonctures économiques favorables ou défavorables. Certaines évolutions du système de soins, correspondant à certaines périodes, ont été marquées par un changement de certaines mesures réglementaires qui ont contribué, par la suite, à modifier l'importance des dépenses de santé en volume et leur répartition entre les différents principaux financeurs de la santé.

Graphique n°12 : Les sources de financement de la santé en pourcentage des Dépenses Totales de la Santé en Algérie 1974/2005



Source : Réalisé par nos soins à partir du tableau n°18.

Le graphique n°12 montre que pendant les années de prospérité (les années 1970), l'Etat a instauré la gratuité des soins. Son intervention était prépondérante. Il était omniprésent : la dispensation des soins et la distribution des médicaments étaient assurées gratuitement au niveau des structures publiques de santé. A partir de la fin des années 80, les ressources propres de l'Etat commencent à stagner et à s'amenuiser (chute des prix de pétrole), le gouvernement décide alors d'alourdir les prélèvements fiscaux en augmentant les taux de cotisation.

La contrainte financière pesant encore sur les finances de l'Etat, à cette époque, a obligé les autorités publiques à réduire sa part dans le financement de la santé, transférant ainsi la responsabilité de la protection sociale aux organismes de la Sécurité sociale notamment la CNAS et mettant plus largement à contribution les patients eux-mêmes.

La masse salariale qui représente l'essentiel des ressources de la CNAS a fragilisé le système de santé, surtout en période de crise d'endettement et d'application des mesures d'ajustement structurel, la baisse de la croissance de l'emploi salarié, pendant cette période, a, peu à peu, sapé les bases de la poursuite d'une politique de l'Etat providence.

Comme corollaire, le système fait recours à la responsabilisation des assurés. L'on prévoit dès lors, l'instauration d'une participation des malades aux frais des actes de diagnostic, de traitement et de séjours à l'occasion de la dispensation des soins prodigués au niveau des établissements publics de santé.

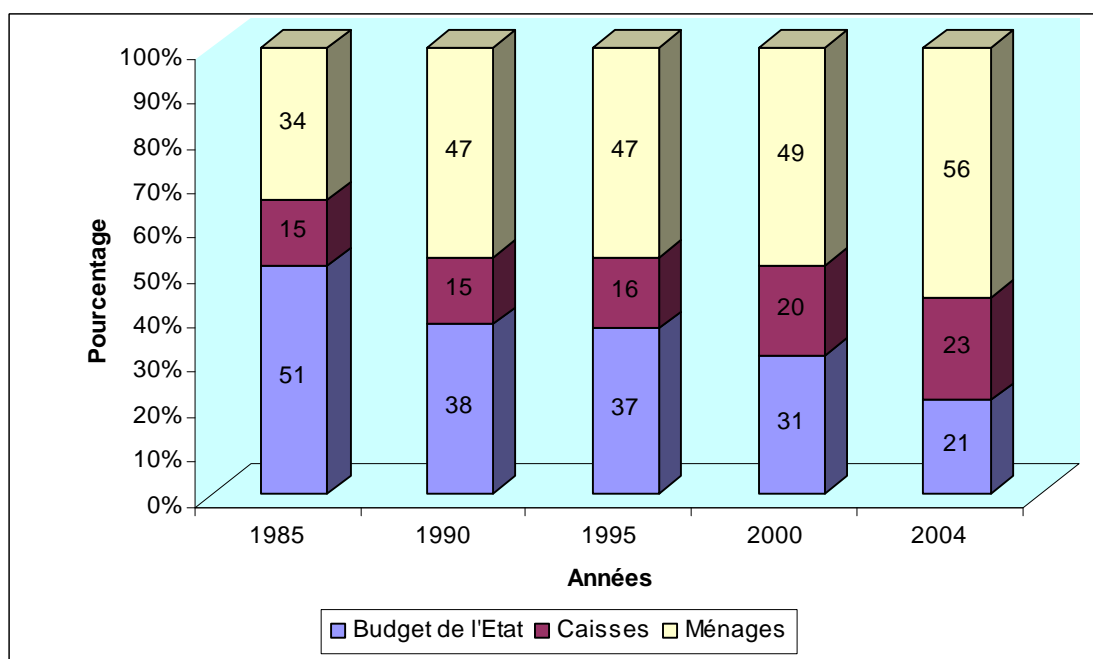
Les ménages commencent à supporter difficilement le désengagement de l'Etat ressenti de plus en plus à travers les hausses des montants des tickets modérateurs payables aux structures sanitaires publiques, intervenues périodiquement durant la décennie 1990. Ce mode de responsabilisation, n'a, bien évidemment, pas aidé à la réduction des dépenses de santé mais il a, par contre, diminué la capacité financière des ménages.

Les tickets modérateurs doivent, à notre avis, rester à un niveau modéré, particulièrement pour les plus démunis, afin de maintenir les barrières financières à l'accès aux soins au niveau le plus bas possible surtout si l'on regarde la structure actuelle du financement et que l'on trouve que les autres acteurs potentiels même cités, par le législateur, restent absents (les sociétés d'assurances, les entreprises et les administrations et les collectivités locales).

Ces même acteurs peuvent, à travers une contribution même minime, alléger le fardeau des dépenses de la santé supporté, jusqu'à maintenant, par les trois principaux financeurs du système de soins. Leur contribution aidera, non seulement, à protéger les ménages pauvres contre des coûts gigantesques, mais également, à soutenir le système de santé public. L'Etat doit évaluer, dans ce cadre, l'accessibilité économique de tout financeur par rapport à la capacité contributive de chacun d'eux.

En effet, dans la plupart des systèmes de santé, la tendance consiste à faire recours à plus d'une méthode de financement pour répondre aux besoins de différentes catégories de la population, en utilisant diverses méthodes complémentaires de financement pour mobiliser des nouvelles ressources financières.

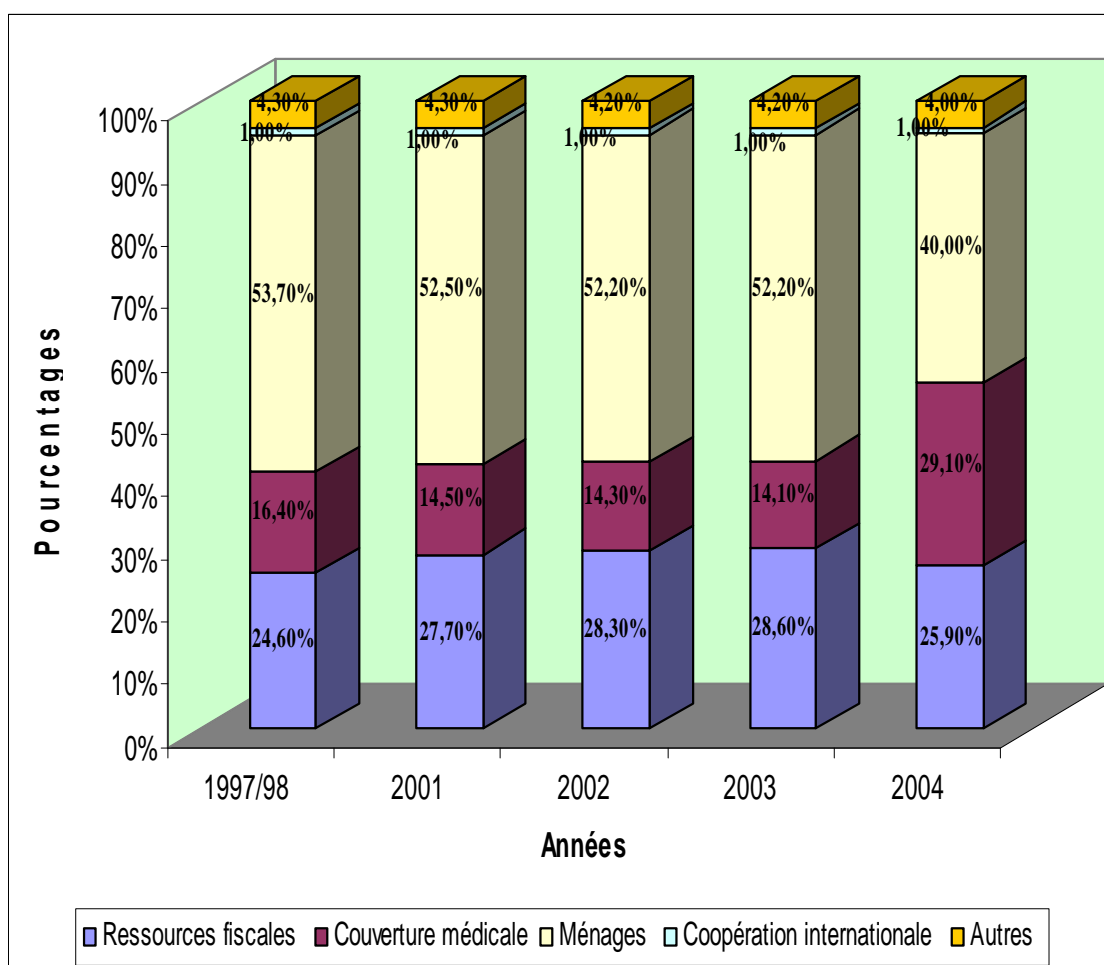
Graphique n°13 : Les sources de financement de la santé en pourcentage des Dépenses Totales de la Santé en Tunisie 1985/2004



Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la Direction de la Pharmacie et du Médicament du Ministère de la Santé Publique Tunisie

La comparaison de la situation de l'Algérie à celle des pays à profil similaire, tels que le Maroc et la Tunisie nous permet de mesurer l'importance de la contribution des ménages au financement de la santé ainsi que celle de l'Etat et des organismes de la Sécurité sociale.

Graphique n° 14: Les sources de financement de la santé en pourcentage des Dépenses Totales de la Santé au Maroc 1997/2004



Source : Réalisé par nos soins à partir des données Direction de la Statistique (différentes années de 1997 à 2004), Annuaire Statistique du Maroc, Rabat.

Contrairement à ses voisins marocains et tunisiens dont la participation des ménages est relativement très importante, elle dépasse 40% des dépenses totales de santé, le financement public (Etat et Sécurité sociale), en Algérie, assure, au contraire, plus de 70% des coûts totaux de la santé. La contribution des usagers se situe autour de 25% des dépenses totales de santé. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que l'assurance maladie au Maroc n'est pas obligatoire. Elle ne couvrait, en 2004, que 16,4% de la population marocaine totale.

D'après les comptes nationaux de la santé de l'OMS, le financement des dépenses de santé, à l'échelle mondiale se caractérise par l'intervention de plusieurs acteurs : les Etats contribuent à hauteur de 33% aux dépenses de santé, la Sécurité ainsi que les différents régimes d'assurances maladies sociales participent à hauteur de 25% dans le financement des dépenses de santé. L'assurance maladie privée, très

répandue dans les pays développés prend en charge 20% de ces dépenses. Les bénéficiaires supportent 22% de charges représentées par les dépenses non remboursés et celles engagées dans le secteur de santé privé.

Par ailleurs, compte tenu, des outils de régulations, déjà évoqués dans le premier chapitre, nous pouvons confirmer qu'en Algérie, le système de santé se base davantage sur les outils de régulation qui agissent beaucoup plus sur la demande que sur les autres modes de régulation, surtout via une grande responsabilisation des usagers. C'est l'une des options la plus répandue, à l'échelle mondiale¹⁸⁴, pour diminuer les pressions sur les finances publiques affectées au financement de la santé. La responsabilisation des usagers semble être, pour les pays du Maghreb, une source additionnelle de financement notamment pour le Maroc et la Tunisie.

En Algérie, le désengagement de l'Etat est intervenu presque brutalement, en 1984, et ce, via la suppression des subventions des prix des produits de base dont le médicament en est l'élément essentiel et par l'application des prix réels sur l'achat des produits de consommations.

La forte dépendance au recours aux dépenses directes des ménages représente un problème potentiel en termes de cohésion sociale et de couverture effective des soins de santé. La recherche de nouvelles ressources supplémentaires du système de santé devrait venir de fonds privés.

En Algérie, le financement des dépenses de santé est dérivé seulement de trois sources principales, les autres catégories ne sont pas incluses. L'analyse de la performance du système de santé indique une marge de manœuvre considérable pour améliorer l'efficacité de financement des soins de santé en recourant davantage aux acteurs économiques publics et privés, en définissant le rôle de chacun des agents financeurs et en modifiant profondément l'organisation du système national de santé.

Nous verrons dans ce qui suit qu'il y'a une certaine inégalité dans l'effort contributif des secteurs selon qu'il s'agisse du secteur public, des administrations et du secteur privé. La base de cotisation de ce dernier secteur est trop mitigée et elle est loin de refléter sa réelle capacité de contribution.

¹⁸⁴ Selon les statistiques de l'OCDE, la politique de la participation des usagers est appliquée dans 60% des pays de l'OCDE pour ce qui est relatif au financement des services publics de santé et dans plus de 93% des pays dans ce qui est relatif au ticket modérateur lors de l'achat des médicaments.

III. LE COUT DE LA SANTE EN ALGERIE

D'après les chiffres de la Banque Mondiale en 2006, les pays à revenu élevé consacrent en moyenne 7,7% de leur PIB aux dépenses de la santé, dans les pays à revenu intermédiaire, ces dépenses représentent 5,8 % du PIB. Les pays à faible revenu ne dépensent que 4,7% de leur PIB dans la santé.

La part des principaux acteurs qui interviennent dans le financement de la santé varie d'un pays à un autre, selon qu'il s'agisse de pays riches ou pauvres : la part de l'Etat, par exemple, représente plus 70% dans les pays à revenu élevé, 62% dans les pays à revenu intermédiaires et 52% dans les pays à faible revenu. Les dépenses par habitant varient de 1 527 USD, à 176 USD à 25 USD respectivement dans ces trois pays.

Au 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 pour atteindre un taux rapporté au PIB qui varie dans un intervalle de 6,18 % en 1988 à 3,76% en 2000 et à 4,52 % en 2008, la dépense de santé par habitant et par an est d'environ 194 USD.

Comme le démontre le tableau ci-dessous (n°19), les dépenses nationale de santé ont connu d'importantes augmentations, elles ne représentaient que 5,04 milliards de DA en 1980, ces dépenses ont été presque quintuplées pour passer à 23,66 milliards DA en 1990, soit dix ans après. Depuis 1990, ce chiffre se double chaque dix années, pour atteindre 82,94 milliards DA en 1995, 155,06 Milliards DA en l'an 2000, plus de 196,80 milliards DA en 2005 et plus 225,55 milliards DA en 2008.

La croissance annuelle des dépenses nationales de santé a connu, quant à elle, un rythme d'évolutions légèrement supérieures à celle du PIB sauf pour certaines années notamment 1991 et 1996 (voir le graphique n°15) où le taux d'accroissement du PIB est beaucoup plus important.

Par ailleurs, ce recul des dépenses nationales de santé peut traduire la conjoncture économique prévalent à cette époque qui est marquée par une période de récession, par l'adoption des recommandations de la Banque Mondiale, en matière de politique de récupération des coûts et par l'application des mesures d'ajustement structurel. Le programme de stabilisation de l'économie algérienne contenait des mesures de restrictions budgétaires.

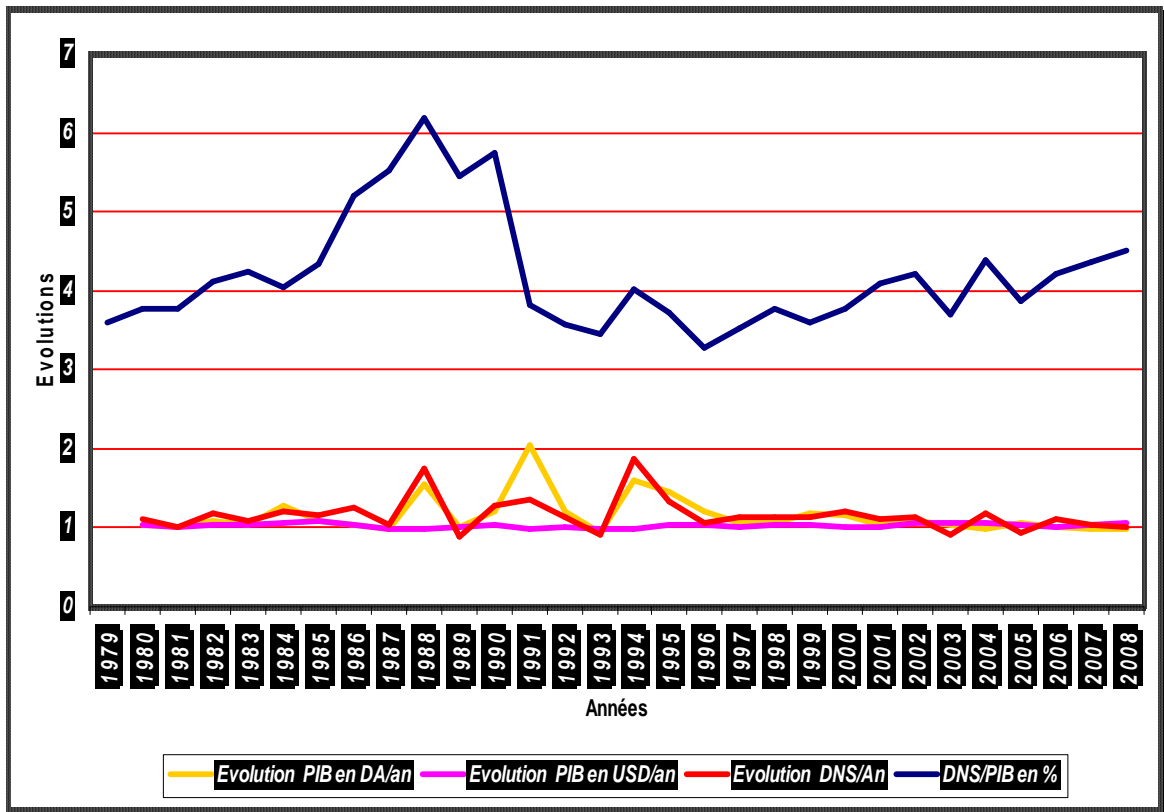
Tableau n°19: Evolution du PIB en USD et en DA constant et le taux de DNS/PIB de 1979 à 2008

	PIB constant en milliards DA	Evolution PIB en DA/an	PIB constant en milliards USD	Evolution PIB en USD/an	DNS constante en milliards DA	Evolution DNS/an	DNS/PIB en %
1979	128,00	-----	33,51	-----	4,60	-----	3,59
1980	133,74	1,04	35,01	1,04	5,04	1,10	3,77
1981	134,85	1,01	35,30	1,01	5,07	1,01	3,76
1982	144,67	1,07	36,35	1,03	5,95	1,17	4,11
1983	151,24	1,05	38,00	1,05	6,43	1,08	4,25
1984	193,60	1,28	40,00	1,05	7,84	1,22	4,05
1985	208,12	1,08	43,00	1,08	9,01	1,15	4,33
1986	217,41	1,04	44,92	1,04	11,33	1,26	5,21
1987	214,07	0,98	44,23	0,98	11,82	1,04	5,52
1988	334,14	1,56	44,14	1,00	20,65	1,75	6,18
1989	341,26	1,02	45,08	1,02	18,56	0,90	5,44
1990	412,26	1,21	46,53	1,03	23,66	1,27	5,74
1991	844,55	2,05	45,75	0,98	32,26	1,36	3,82
1992	1 021,61	1,21	46,67	1,02	36,47	1,13	3,57
1993	955,92	0,94	45,52	0,98	32,88	0,90	3,44
1994	1 542,23	1,61	45,24	0,99	61,84	1,88	4,01
1995	2 229,52	1,45	46,76	1,03	82,94	1,34	3,72
1996	2 679,52	1,20	48,95	1,05	87,62	1,06	3,27
1997	2 837,52	1,06	49,16	1,00	100,16	1,14	3,53
1998	3 007,26	1,06	51,17	1,04	113,37	1,13	3,77
1999	3 571,24	1,19	53,59	1,05	128,92	1,14	3,61
2000	4 123,84	1,15	54,78	1,02	155,06	1,20	3,76
2001	4 260,89	1,03	55,15	1,01	173,84	1,12	4,08
2002	4 625,64	1,09	58,06	1,05	195,20	1,12	4,22
2003	4 799,57	1,04	62,01	1,07	177,58	0,91	3,70
2004	4 757,34	0,99	66,01	1,06	208,85	1,18	4,39
2005	5 072,11	1,07	69,14	1,05	196,80	0,94	3,88
2006	5 121,83	1,01	70,50	1,02	216,14	1,10	4,22
2007	5 090,33	0,99	73,39	1,04	222,45	1,03	4,37
2008	4 990,10	0,98	77,27	1,05	225,55	1,01	4,52

Source : Calculs personnels à partir de :

- Des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)
- Kaïd Tlilane N, « le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa », Thèse de doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. Alger. 2003
- Université Sherbrook données statistiques sur plusieurs années
- Rapport de la Banque Mondiale, Revue des dépenses publiques : document de la Banque Mondiale volume I. L'Algérie à la recherche d'un investissement de qualité du 15 août 2007.
- Les Rapports de la Banque d'Algérie contenant des données statistiques sur plusieurs années
- Les chiffres publiés par l'ONS.
- Le CNIS (l'Evolution du taux de change).

Graphique n° 15: Taux d'évolution du PIB en USD et en DA constant et l'évolution du ratio DNS/PIB de 1979 à 2008



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau n°19

1. La place de la santé par rapport aux transferts sociaux de l'Etat

Dans cette partie, nous examinons la place qu'occupe le secteur de la santé par rapport au total des transferts sociaux en provenance du budget de l'Etat.

Tableau n°20 : Evolution de la part du secteur de la santé dans le total des transferts sociaux en provenance du budget de l'État de 2000 à 2007

	En milliards DA						
	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007
Santé (A)	33	42	49	60	61	73	122
Total des transferts sociaux (B)	262	315	364	416	460	625	838
Taux % (A)/ (B)	13	13	13	14	13	12	15

Source : Construit par nos soins à partir d'un recueil de données du Ministère des Finances.

À partir du tableau ci-dessus (n°20), nous pouvons dire que les transferts sociaux en provenance du budget l'Etat est loin de concurrencer d'autres priorités. En effet les transferts accordés au secteur de la santé ne représentent en moyenne que 14 % du total des transferts sociaux. De 2003 à 2007, ce secteur n'a connu qu'une légère hausse des sommes qui lui sont allouées, le montant le plus important enregistré a été accordé en 2007. Ces sommes prennent, essentiellement, la forme d'aide à l'accès aux soins.

Les transferts sociaux en provenance du budget de l'État ont évolué de 262 milliards de DA en 2000 à 416 en 2003 soit une progression 62 %, ils ont été doublé depuis en quatre ans pour atteindre 838 milliards de DA en 2007, pour représenter en moyenne plus de 9,6% du PIB. Ces sommes se répartissent, en moyenne, selon les rubriques suivantes :

- Habitat : 23% ;
- Soutien aux familles : 21% ;
- Moudjahidine : 16% ;
- Soutien aux retraites : 16% ;
- Santé : 14% ;
- Soutien aux démunis, aux handicapés et aux titulaires de faibles revenus : 10%.

Il convient de rappeler que le budget social de l'État regroupe l'ensemble des dépenses budgétaires ayant pour but de garantir un revenu ou d'assurer un complément de revenu aux démunis. Il peut également prendre la forme de subventions octroyées aux citoyens pour l'acquisition d'un bien ou pour l'accès facile à une prestation de service ou pour la création d'une activité créatrice de richesses et génératrices de revenus.

Les autres transferts sociaux peuvent être également composés de ressources auxquelles l'État renonce au profit des citoyens, il s'agit notamment des bonifications des taux d'intérêts, des emprunts accordés aux jeunes sans intérêts et les exonérations de Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) sur les produits alimentaires et les biens de consommations de base, les prix symboliques des cessions des terrains...etc.

2. La contribution économique du secteur privé

Notre but, dans cette partie de ce chapitre, est de mettre en exergue l'importance du rôle joué par le secteur privé dans l'économie algérienne, et ce, pour mesurer l'ampleur de l'évasion sociale et le manque à gagner pour les organismes de la Sécurité sociale, en l'occurrence la CNAS et la CASNOS. Pour ce faire nous essayons de prendre les chiffres les plus significatifs, qui peuvent avoir un lien direct ou indirect, sur le financement du système national de santé.

Tableau n°21 : Répartition des PME et des emplois de PME par secteur juridiques pour 2004 et 2008

Statut	PME privées			PME publiques		
	Nombre PME	Emplois déclarés	Nombre de personne par PME	Nombre PME	Emplois déclarés	Nombre de personne par PME
2004	225 449	592 758	2,62	778	71 826	92,32
2005	245 842	888 829	3,61	874	76 283	87,28
2007	410 959	-----	-----	666	57 146	85,80
2008	392 013	1233073	3,15	626	52 786	84,30

Source : Calculs personnel à partir des données du Ministère de la Petite et Moyenne Entreprises et de l'Artisanat-Direction des systèmes d'Information et des Statistiques et de la Direction Générale de la CNAS.

A partir des tableaux (n° 21 et n° 22), nous pouvons dire que la contribution économique du secteur privé au PIB (hors hydrocarbures) est très importante, elle est de l'ordre de 80%. La répartition de ce PIB par secteur montre que dans l'économie algérienne, la création de la valeur ajoutée hors hydrocarbure est principalement le fait du secteur privé, la richesse créée par ce secteur est de loin supérieure à celle créée par le secteur public (voir le tableau n°22). De même, le nombre de PME créée par le secteur privé est en constante évolution.

Tableau n°22 : Evolution du PIB par secteur juridiques (Hors Hydrocarbure) de 1999 à 2007

En milliards de DA

PIB par Secteur Année	Public		Privé		PIB Total	
	Valeur	%	Valeur	%	Valeur	%
1 999	420	24,6	1 288	75,4	1 708	100
2 000	457,8	25,2	1 356,8	74,8	1 814,6	100
2 001	481,5	23,6	1 560,2	76,4	2 041,7	100
2 002	505	23,1	1 679,1	76,9	2 184,1	100
2 003	550,6	22,9	1 884,2	77,1	2 434,8	100
2004	598,6	21,8	2 146,7	78,2	2 745,4	100
2005	651	21,59	2 364,5	78,41	3 015,5	100
2006	704,05	20,44	2 740,06	79,56	3 444,11	100
2007	749,86	19,20	3 153,77	80,80	3 903,63	100

Source : Ministère de la Petite et Moyenne Entreprises et de l'Artisanat- Direction des systèmes d'Information et des Statistiques.

Paradoxalement à la dynamique d'extension de ce type d'entreprises et leur poids dans l'économie nationale, l'activité informelle, dans toutes ses dimensions, la sous-déclaration et la non-déclaration des employés voire des entreprises créées sont très répandues. Elles prennent même des proportions alarmantes. En effet, la sous déclaration est avérée et elle est flagrante, sur 392 013 PME recensées en 2008, ces entreprises privées emploient uniquement 1 233 073 soit un ratio moyen de 03 personnes pour une PME, alors que pour ses analogues publiques¹⁸⁵, ce ratio dépasse 84 personnes par PME (voir le tableau n° 21). Pis encore, la nature des emplois créés sont dominés par des emplois dits informels (voir le tableau n°23).

Tableau n°23: Evolution de l'emploi informel de 1999 à 2003

En milliers

Emplois	1 999	2 000	2 001	2 002	2 003	Accroissement par an (%)
Emploi structuré	5 162	5 206	5 441	5 736	6 027	3,9
Emploi informel (A)	911	1 034	1 156	1 181	1 249	8,2
Emploi total (B)	6 073	6 240	6 597	6 917	7 276	4,6
% (A)/ (B)	15,00	16,57	17,52	17,07	17,17	

Source : Conseil National Economique et Social : commission des relations de travail. Le secteur informel illusion et réalité. CNES-2003.

¹⁸⁵ Certes, les PME publiques souffrent d'un personnel pléthorique, mais le nombre de personnes employées dans le secteur privé est anormalement bas. Le nombre moyen en France est de 23 personnes.

Le rapport établi par le CNES, intitulé : « *L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier* » a mis en exergue l'importance du phénomène de l'évasion sociale, en effet, à partir des chiffres publiés sur le salaire moyen déclaré et le nombre d'entreprises affiliées au régime de la CASNOS, nous pouvons directement nous prononcer sur la faible participation du secteur privé au financement de la Sécurité sociale.

Ce type d'emploi continue à augmenter d'une manière plus rapide par rapport à l'évolution observée dans le secteur formel (voir le tableau n°23). Une évolution qui certes, contribue à absorber le chômage, mais constitue un manque à gagner qui peut renflouer les caisses de la Sécurité sociale, dans la mesure où leurs ressources sont constituées principalement, jusqu'en 1999, des cotisations payées par l'administration (46,2%). Les cotisations du secteur économique privé ne représentent que 6,3% du total des encaissements de la Sécurité sociale (voir le tableau n° 24).

Tableau n° 24: Encaissement des cotisations par secteur pour l'année 1999

Secteur	Assiette moyenne cotisation	Taux de cotisation	Cotisation globale	Part
Economique public	9 336	34,5%	59 890 306 528	38,8%
Economique privé	4 000	34,5%	9 782 068 503	6,3 %
Administration	12 300	34,5%	71 611 711 134	46,2%
Collectivités locales		34,5%	9 988 516 389	6,44%
Catégories particulières	6000	Variable	3 596 077 198	2,32%
Total			154 868 679 752	100%

Source : La CNAS : situation des créances non recouvrées année 1999.

Dans le même ordre d'idée, les chiffres de la CASNOS font état de plus 968 000 employeurs affiliés pour l'an 2000 dont uniquement 34% des entreprises qui sont à jour dans le paiement de leur cotisation. En 1999, le nombre des occupés non assurés représente 65,62% de la population totale occupée soit plus de deux millions de personnes occupées non affiliés (voir le tableau n°25).

A cela s'ajoute l'insignifiance des salaires déclarés (un salaire moyen de 4000 DA) qui sont loin de refléter la réalité des revenus perçus (voir le tableau n° 24), et ce, comme a été confirmée par l'enquête menée par le Ministère du Travail de l'Emploi et de la Sécurité Sociale¹⁸⁶ qui a fait ressortir que le salaire brut moyen dans le secteur public atteindrait 19 000 DA en 1999.

L'Algérie avait, au début de la crise, choisi d'augmenter la pression fiscale¹⁸⁷ pour venir en aide au financement de son système de santé mais l'augmentation des charges sociales sur le coût du travail l'a astreint à abandonner en fin de compte cette voie. Cette option s'est vite avérée non efficace dans la mesure où elle peut avoir des effets négatifs sur l'emploi.

En effet, le taux de cotisation de 34,5%¹⁸⁸ pour l'ensemble du système de Sécurité sociale est jugé excessif compte tenu de la productivité du travail et de son poids sur l'emploi. De même la comparaison avec les taux appliqués dans d'autres pays (la Tunisie 24,32 % et le Maroc 24,79 %) nous renseigne sur l'importance du poids des charges sociales.

Selon l'économiste Laffere et comme il l'explique dans sa courbe, toute augmentation de pression fiscales ou parafiscales pèse lourdement sur l'emploi et s'oppose même à sa promotion, ce qui pousse certaines entreprises même formelles à s'adonner à des activités informelles, et ce, en réaction aux poids des charges salariales qui viennent grever encore leurs activités.

La solution est, par conséquent, peut-être dans le recouvrement des cotisations payées par le secteur privé qui s'est versé dans l'informel ou dans la diversification des ressources financières du système de santé. De prime à bord, nous estimons que pour maîtriser les dépenses santé, il faut encourager l'emploi ; pour ce faire la Sécurité sociale doit réduire le taux de cotisation d'un certain nombre de points pour encourager les entreprises à déclarer tout leur personnel.

¹⁸⁶ Rapport CNES : « l'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier » 18ème session plénière juin 2001. Par ailleurs, le salaire déclaré par le secteur privé sont plus bas que dans la réalité, l'assiette de cotisation était jusqu'en 1997 égale à 4 000 DA, ce n'est qu'à compter de 1998 qu'elle est portée à 6 000 DA, celle-ci demeure cependant insuffisante, les résultats d'une enquête menée par les services du ministère du travail signalent pour l'année 1998, un salaire brut moyen dans le secteur privé de plus de 8 357,07 DA, soit une différence de 3500 DA par rapport aux salaires déclarés.

¹⁸⁷ En 1985, le taux de cotisation des non salariés était fixé à 12% sur le revenu déclaré, le montant minimum de cotisation annuelle a été fixé à cette date à 10 800 DA, pour une assiette de 72 000 DA, en 1995, il a été procédé, d'une part, au relèvement du niveau du taux de cotisation qui a été porté à 15% et d'autre part, par la modification de l'assiette de cotisation dont le montant annuel est fixé à huit fois celui du SNMG soit 384 000 DA au lieu de 100 000 DA, le montant annuel minimum de cotisation était égale à 14 400 DA et le maximum à 86 400 DA, actuellement, la cotisation est d'un minima de 21 600 DA et d'un maxima de 172 800 DA.

¹⁸⁸ Le taux de cotisation est fixé depuis le 1er janvier 1999 à 34,5% dont 9% à la charge du travailleur et 25% à la charge de l'employeur et 0,5% prélevés sur la part du travailleur pour les œuvres sociales.

Un certain minimum de salariés à déclarer doit être imposé en fonction de la taille de l'entreprise selon des standards qui seront arrêtés par des experts spécialistes en la matière, car il est illogique que sur un nombre de 392 013 Petites et Moyennes Entreprises (PME) privées recensées en 2008, le nombre de salariés déclarés ne dépasse pas 1,3 million, ce qui veut dire qu'en moyenne une PME privée compte moins de quatre (4) personnes alors qu'en Tunisie et le Maroc chaque PME emploie plus de sept (7) personnes.

Tableau n°25 : Evolution du nombre des assurés

Rubriques	1992	1997	1999
Population occupée (a)	4 905 000	5 708 000	5 493 000
Occupés assurés (b)	3 145 000	3 599 000	3 900 000
Occupés non assurés (c)	1 612 000	2 109 000	2 043 000
% (b /a)	64,12%	63,05%	65,62%
% (c/a)	32,86%	36,9%	34,38%

Source : Rapport CNES : « l'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier » 18ème session plénière juin 2001 page 55

D'après les études menées par la CNAS et le Ministère du Travail de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, les employeurs du secteur privé cotisent sur une assiette relativement trop mitigée, les salaires déclarés ne dépassaient pas le seuil de 4 000 DA en 1999 et 6 000 DA en 2000. Pis encore, sur un nombre de travailleurs qui dépassent les deux (02) millions, le secteur privé ne déclare en moyenne que 370 000 par an.

Ce phénomène pèse lourdement sur le budget des caisses de la Sécurité sociale, dans la mesure où les recettes perçues pour assurer les salariés issus du secteur privé ne représentent que 6% du total des encaissements de la CNAS en 1999, alors que cette dernière dépense indirectement pour cette catégorie d'assurés, en finançant une partie des frais à l'occasion de la dispensation des soins au niveau des établissements publics de santé.

A cela s'ajoute, le poids de la catégorie constituée par un nombre d'assuré inactifs qui s'élève à plus de 2,4 millions de personnes (les ayants droits non inclus). Cette catégorie est constituée des retraités, des handicapés, des rentiers de la Sécurité sociale qui engendre souvent d'importantes dépenses, vu leur âge très avancé, leur éventuelle incapacité partielle ou permanente et notamment vu l'importance des assouplissements qui ont été apportés aux conditions d'ouverture de droits. Ce

nombre d'assurés non actifs s'est vu étendre pour prendre en charge de nouvelles catégories de démunis constituées essentiellement de bénéficiaires du filet social. Les recettes au titre de ces deux catégories particulières ne représentent que 2, 3% (voir le tableau n°24).

IV. LES SOURCES ALTERNATIVES DE FINANCEMENT

Au vu des fluctuations vécues par les principaux acteurs qui interviennent dans le financement du système de santé, l'Algérie doit être consciente qu'elle ne peut pas faire abstraction des contraintes économiques et financières. La volatilité des prix des hydrocarbures et la crise financière internationale peuvent affecter négativement les comptes de la santé. L'augmentation rapide des dépenses de santé n'est, à l'aune de la conjoncture, plus aussi aisément finançable. Actuellement, si le risque d'un déséquilibre financier plane, l'Etat et la Sécurité sociale doivent penser à élargir les sources de financement de ce système et trouver de nouveaux gisements ou imaginer de nouvelles modalités entre les différents acteurs potentiels (les assurances économiques, les firmes pharmaceutiques, les entreprises polluantes...etc.).

Les ressources supplémentaires du système de santé devraient venir des impôts et des taxes sur le revenu des firmes pharmaceutiques et des cliniques privées, sur les achats de certains biens de luxes (les yachts), sur les zones industrielles, sur la pollution industrielle et pétrolière, sur les prix de la vente des véhicules et sur plusieurs autres articles et activités qui peuvent indirectement avoir un liens avec le financement de la santé. Ces recettes consolideront ainsi les cotisations assises sur la masse salariale qui représentent jusqu'à maintenant la principale ressource du régime de la Sécurité sociale algérienne. L'augmentation des ressources du système se fera soit par le biais d'une taxation plus importante des comportements, des activités et des produits nocifs à la santé soit par une augmentation des contributions des employeurs exerçant dans des secteurs particulièrement risqués qui peuvent être à l'origine de grave maladie ou d'accident professionnels.

1. Les taxes dissuasives

Nous allons chercher dans cette partie de notre mémoire, des propositions alternatives pour venir consolider le financement classique, basé sur des prélèvements majoritairement salariaux. Dans ce cadre, d'autres types de ressources pourraient être envisagées pour alimenter le budget affecté à la santé. Nous nous basons sur un principe de recherche, que nous appelons « *le lien de causes à effets* » ou « *le lien de causalités* ».

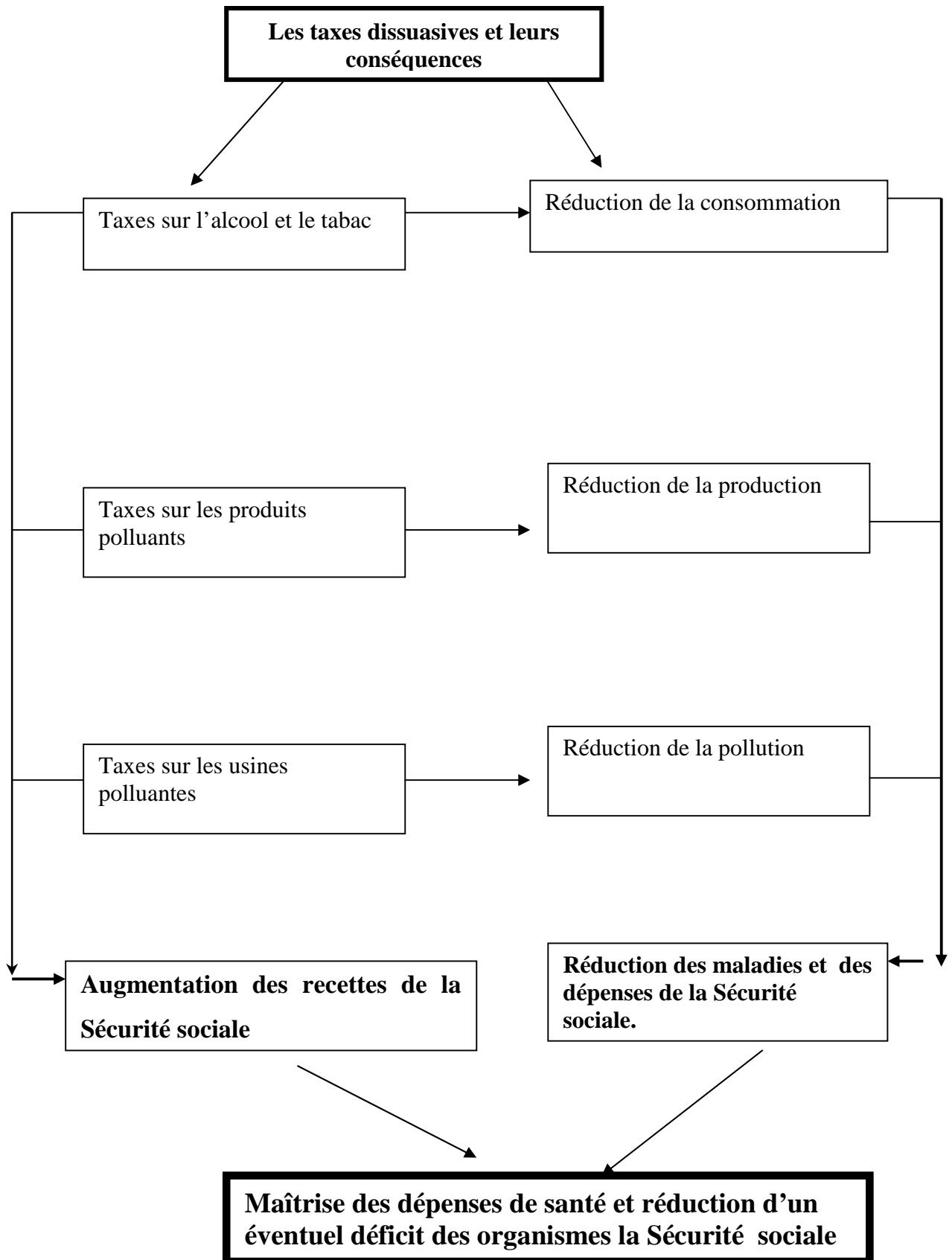
En effet, les individus peuvent avoir un comportement nocif à leur santé. Pour les responsabiliser, des taxes doivent être instaurées ; d'une part, pour les dissuader à consommer tout ce qui pourrait nuire à leur santé et d'autre part pour réduire les coûts excessifs que la collectivité supporte (voir le schéma n°02). Il s'agit d'un système basé sur une taxation des comportements à risques, il en est ainsi des taxes sur toute consommation de substances nocives, notamment l'alcool et le tabac. Les individus ont une part de responsabilité dans leur état de santé et ils doivent en supporter les coûts.

D'autres types de ressources pourraient être, également, prélevées directement ou indirectement par l'Etat et affectées au budget de la santé. En Algérie, les acteurs qui sont à l'origine de l'apparition de maladie ne contribuent presque aucunement au financement de la santé. Les recherches seront tournées, par conséquent selon notre logique, vers la mise place de procédure de financement visant à remédier à cette dissociation. Il s'agit, essentiellement, des usines polluantes, le mode de financement que l'on peut prévoir se basera sur une taxation selon le degré de pollution, notre idée s'inspire du principe « *pollueur payeur* » selon son acception dans le développement durable. Il en est de même pour les produits polluants.

A cet effet, on peut instaurer soit une taxe sur tous les véhicules ou machines qui fonctionnent en liquides nocifs et nuisibles pour la santé soit un taux de participation prélevé après augmentation sur les prix de certains produits. Le but étant de taxer toutes formes de produits polluants notamment le gasoil, le dioxyde de carbone, les pesticides, l'ammoniac...etc. et de réduire les effets collectifs nuisibles pour la collectivité. L'idée de songer à affecter une partie des recettes tirées de la fiscalité écologique au financement de la santé tient au lien de cause à effet qui existent entre la santé et l'environnement, la pollution dans toutes ses formes serait responsable d'un accroissement de certaines maladies notamment l'asthme et le cancer.

Aujourd'hui, si on peut envisager que le besoin de financement soit en partie couvert par des recettes additionnelles, il faut parallèlement réfléchir à une définition de nouvelles règles de financement qui contribuent à l'équilibre des organismes en charge de la Sécurité sociale. Si dans le premier chapitre nous avons répertorié les outils de régulation que peut utiliser le système d'assurance maladie pour agir sur le comportement des assurés en vue d'abaisser le taux de prise en charge, dans ce chapitre on parle du financement de la santé qui peut tenir compte des comportements des usagers dans le financement de la santé, et ce, pour soulager les comptes de la Sécurité sociale (voir le schéma n° 02).

Schéma n°02 : les taxes devant contribuer au financement de la santé



Le principe que nous avons appelé « *le lien de causalité* » ou de « *le lien de cause à effet* » pourrait être d'un apport considérable pour la maîtrise des dépenses de santé (voir le schéma n°02). La responsabilisation des assurés incite ces derniers à réduire toute consommation nuisible à leur santé et à augmenter les ressources financières des organismes de la Sécurité sociale grâce aux taxes dissuasives.

A cet effet, toute réforme réfléchie du financement du système de santé ne devrait pas se limiter à un simple recours aux financeurs classiques, elle devrait, par contre, s'efforcer à rechercher de nouveaux gisements et des sources alternatives de financements, d'autant plus que le système algérien de la Sécurité sociale est sensible à la conjoncture économique, il peut l'être davantage car la quasi-totalité de ses ressources est constituée des prélèvements salariaux, toute décroissance économique influe négativement sur l'emploi et, par là même, sur les ressources financières du système national, une situation qui peut s'aggraver dans un pays où l'on sait que la part de l'économie informelle constitue plus de 30% de l'économie nationale¹⁸⁹.

La réduction de l'impôt sur le travail est, aujourd'hui clairement, reconnue comme une des conditions sine qua non pour la promotion de l'emploi, ce qui nous pousse à trouver d'autres voies ou de nouvelles modalités de financement, à la fois sociales et économiquement favorables.

Les taxes dissuasives comme moyen additionnel de financement des dépenses de l'assurance maladie, en lieu et place des seules et actuelles cotisations assises sur les salaires, sont supposées être plus avantageuses pour réduire l'effet de renchérissement du coût du travail.

En effet, lorsque le financement est assuré, additionnement aux cotisations sociales, par la fiscalité, de nouveaux acteurs seront mis à contribution et participeront, par conséquent, à l'amélioration de la prestation des services de santé en acquittant des impôts et des taxes sur le revenu, sur les achats de certains biens de luxe, sur la consommation de biens nocifs à la santé et sur plusieurs autres articles et activités.

Ce mode de financement présente un net avantage par rapport au financement par les cotisations, dans la mesure où le système tirera, d'emblée, son revenu d'un vaste ensemble de sources.

¹⁸⁹ Rapport CNES : Conjoncture Economique et Sociale, 1^{er} semestre 1999.

2. La tarification en fonction du risque de la profession

Une autre possibilité peut, aussi, être envisageable, il s'agit de prévoir une réévaluation des taux de cotisation des entreprises économiques dont les activités sont risquées ou à fort taux de maladies et d'accidents professionnels (Lamri L)¹⁹⁰.

Dans ce contexte, nous pensons qu'il est temps de prévoir des taux de cotisations non standard mais qui diffèrent en fonction de la gravité du risque de l'activité exercée par une entreprise. Le taux à appliquer, par conséquent, varie selon la catégorie du risque de l'emploi considéré ou, par exemple, différent d'une entreprise à une autre, et ce, en prenant en considération leur secteur d'activité.

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 à un autre en fonction de la nature de l'activité exercée et du nombre de salarié. Des réductions seront, par la suite, accordées aux établissements 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.

Le principe de la solidarité sera respecté en établissant un taux de cotisation collectif qui assure une certaine solidarité entre les grandes et les petites et les moyennes entreprise du même secteur d'activité. Ce taux évitera aux entreprises ayant eu de graves accidents de travail de supporter le coût rédhibitoire qu'elle ne pourrait jamais supporter seules, lequel coût pourrait même mettra leur existence en péril.

Sur la base des résultats statistiques de chaque profession, on ajustera les taux collectifs de cotisations à la hausse ou à la baisse. Pour ne pas laisser se développer un type de comportement dit « *passagers clandestins* », et ne pas pénaliser les établissements ayant réellement un taux de cotisation inférieur au taux collectif, des bonus pour comportements vertueux seront accordés. Les entreprises n'ayant fourni aucun effort de prévention verront par contre, si sur plusieurs années le taux d'occurrence des accidents de travail et des maladies est exagérément insupportables, leur le taux de la prise en charge réduit ou leur taux de cotisation majoré par des malus.

¹⁹⁰ Lamri L, économiste de la santé prévoit une autre possibilité qui consiste à facturer aux entreprises concernées les frais engagés pour les soins du malade ou de l'accident professionnel.

A coté de ces prélèvements, l'équilibre financier, des organismes en charge de la Sécurité sociale, pourrait être assuré en faisant participer les assurances économiques, et ce, en taxant les mauvais conducteurs reconnus pour leur responsabilité dans des accidents graves de la route.

Sachant qu'à l'échelle planétaire, on compte annuellement environ 1,2 millions de décès qui sont causés par les accidents de la circulation, équivalent à plus de deux décès chaque minute. Ce chiffre place les invalidités dues aux accidents de la route au neuvième rang parmi les principales causes de mortalité dans le monde. Pis encore, les projections de l'OMS sont très alarmantes : les accidents de la route pourraient se retrouver, dans dix ans, à la troisième place parmi les causes de mortalité, si des mesures ne sont pas prises pour réduire cette calamité.

En Algérie, en 2000, selon les chiffres du Centre National de Prévention et de Sécurité Routière (CNPSR), le coût total des accidents de la route a été évalué à plus de 35 milliards de DA, le coût d'un tué a été estimé à 5 650 581 DA et le coût d'un blessé peut dépasser les 160 mille DA

Les vignettes automobiles qui ont généré près de 5 milliards de Dinars en 2008¹⁹¹ peuvent également être une source additionnelle de financement du système de santé algérien. Les structures de contrôles techniques des véhicules peuvent, à elles aussi, contribuer activement au renflouement des caisses de la Sécurité sociale, et ce, par une majoration des tarifs pour les véhicules ne répondant pas, entièrement, aux normes de respect de l'environnement.

L'introduction de la taxe à l'achat des véhicules neufs prévue par la Loi de Finances Complémentaires (LFC 2009) allant de 50 000 DA à 150 000 DA et d'autres nouvelles taxes pour les utilitaires, les poids lourds et les engins de travaux publics allant de 15 000 DA à 30 000 DA et qui a engendré selon les chiffres du Ministère des Finances plus de 22 milliards de DA peuvent être également une source additionnelle de financement du système de santé.

Plusieurs autres importantes dispositions fiscales qui ont été introduites par les lois de finances pendant les années 2000 et qui prévoyaient des taxes sur les activités relatives aux déchets solides, aux effluents liquides industriels, aux émissions atmosphériques et aux sachets plastiques peuvent être d'un apport considérable pour solidifier le secteur de la santé si l'on envisage un taux pour ce secteur.

¹⁹¹ Source : Ministère des Finances Algérie.

Il faut reconnaître que ces derniers temps, le gouvernement algérien, conscient de l'importance du financement par la fiscalité de son système de santé, a instauré, au titre de la loi de finance 2010 une nouvelle taxe de 5% sur les bénéfices nets réalisés sur les médicaments achetés à l'étranger ainsi qu'une taxe symbolique sur les acquisitions des yachts et des bateaux de plaisance destinés à renflouer les caisses de la Sécurité sociale.

Il serait, à notre avis, judicieux d'étendre cette disposition aux profits des entreprises de distribution des produits pharmaceutiques et de matériel médical, des cimenteries, des entreprises de constructions, des entreprises de fabrication de produits chimiques et plastiques, des usines spécialisées dans l'agroalimentaire et notamment celles spécialisées dans les tabacs et les allumettes

En plus des possibilités de recours à de nouvelles sources nationales de financements de la santé, nous pouvons également réfléchir ou nous intéresser aux sources de financement proposées par les organismes et institutions qui ont des programmes qui touchent directement ou indirectement les systèmes de santé.

A l'heure ou plusieurs pays du monde arabe et d'Afrique bénéficient de contributions financières et d'assistance technique conséquente en matière de santé, la coopération mondiale reste, en Algérie, relativement très mitigée, la quasi-totalité des programmes curatifs et préventifs sont financés sur les ressources propres du pays.

Les Organisations Non Gouvernementales sont presque inexistantes, celles qui activent sont peu nombreuses et ne jouent qu'un faible rôle dans le financement du système de santé, et ce, malgré le foisonnement des programmes de coopération avec plusieurs institutions issues du système des Nations Unies qui concourent au développement du secteur de la santé; il s'agit par exemple de L'UNICEF¹⁹², le FNUAP¹⁹³, le PNUD¹⁹⁴ et l'OMS¹⁹⁵. Selon les chiffres des comptes nationaux de santé, l'Algérie n'a reçu de l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF que 147 millions DA en 2000 et 211 millions DA en 2001

¹⁹² L'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) axe son programme de coopération sur l'appui aux programmes nationaux de santé, de nutrition, d'éducation, de protection de l'enfant et la promotion de programmes locaux communautaires intégrés. Sur le plan sanitaire, les activités couvrent les vaccinations, la nutrition et la mortalité maternelle, sur le plan de la protection de l'enfant, elles concernent la réhabilitation des enfants traumatisés par la violence terroriste.

¹⁹³ Le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population) axe son programme sur l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité et le développement de plans régionaux de population.

¹⁹⁴ Le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) cible trois domaines, à savoir les réformes économiques, la lutte contre la pauvreté et l'environnement

¹⁹⁵ L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) apporte son concours aux agences sur certaines questions de santé et particulièrement le bioterrorisme, la santé des personnels des Nations Unies en Algérie (Voyages internationaux et santé), les mises au point sur la situation sanitaire en Algérie et la protection contre le VIH/SIDA.

CONCLUSION

Les indicateurs les plus importants, étudiés dans ce chapitre, relatifs au financement de la santé mettent en exergue quelques observations : Le financement public assure près de 75% des dépenses nationales de santé dont 50% est financé par l'Etat. La part des dépenses nationales de santé dans le PIB tourne autour de 4,5%, ce taux reste faible par rapport aux recommandations de la Banque mondiale et aux pays comme la Tunisie (5.6 %), la Jordanie (9.4 %) ou le Liban (9.8 %). Les dépenses de santé par tête reste relativement faible ne dépassant même pas la barre des 200 USD.

L'évolution examinée des dépenses de santé des établissements publics hospitaliers et des organismes de la Sécurité sociale notamment de la CNAS et de leur financement traduit des augmentations à un rythme effréné des consommations médicamenteuses et des soins de santé. La contraction des ressources, en période de crise, s'est répercutée, peu à peu, sur les usagers au niveau du financement des frais de soins, qui a été marqué par un recours, de plus en plus important, au citoyen malade, pour partager voire financer, parfois, la quasi totalité des frais engendrés à l'occasion de la dispensation des soins au niveau des structures publiques et privées.

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'usagers, en particulier, en leur assurant une qualité de prise en charge appropriée à un coût supportable pour la collectivité.

Il importe de signaler, à cet effet, que la plupart des systèmes de financement de la santé dans les pays développés sont caractérisés par la diversité des sources. C'est pour cette raison que la recherche de nouveaux gisements ou de sources alternatives de financement de la santé ou de nouvelles modalités de responsabilisation des différents acteurs, est une nécessité impérieuse pour que l'Etat algérien puisse éviter la régression sociale et assurer le succès de ses réformes.

En Algérie, le financement par les cotisations sociales assises sur les salaires est la principale caractéristique de son système de santé, cette option présente deux importants inconvénients : elle est sensible à la conjoncture économique et aux chocs externes d'une part et peut avoir des effets négatifs sur l'emploi d'autre part. Il est, par conséquent, nécessaire de mettre en place un modèle adapté de prélèvement fiscal qui doit venir suppléer et apporter de nouvelles sources au système de santé sans pour autant handicaper l'économie du pays.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

La principale conclusion que nous pouvons retenir de ce mémoire est que le système de santé algérien n'est ni totalement planifié ni décentralisé. De par les outils de régulations utilisés, nous pouvons dire qu'il emprunte certaines caractéristiques aux modèles qui prônent les vertus du libéralisme : liberté de choisir son médecin, son hôpital, son pharmacien et la libre concurrence entre les professionnels de la santé, et d'autres aux modèles qui prônent l'interventionnisme de l'Etat.

De 1974 à ce jour, l'Algérie passe d'une gratuité des soins, d'un contrôle planifié du corps médical et du monopole dans la distribution des médicaments et des soins à la privatisation de l'exercice médical, à la suppression du zoning, à l'ouverture et à la libéralisation du marché du médicament, à l'instauration du ticket modérateur, du tarif de référence et du forfait hôpital.

Malgré le fait que notre mémoire n'apporte humblement que l'essentiel d'indications nécessaires à l'évaluation des mutations qu'a connues l'Algérie et des politiques adoptées par les autorités publiques pour essayer de limiter l'ascension des dépenses de santé, il en ressort qu'au sein des dépenses de santé que les médicaments exercent, comme nous pouvions nous y attendre, une pression remarquable confirmée par les tendances avancées dans le chapitre deux.

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^{ère} position. Au niveau des établissements publics hospitalier, c'est le poste le plus budgétivore après les dépenses du personnel et est, également, le 2^{ème} bien le plus consommé après les céréales. Le médicament constitue le maillon fort pour toute éventuelle économie. Les établissements publics de santé consacrent l'essentiel de leur budget à l'achat des médicaments (plus de 44 milliards DA), les importations connaissent une croissance à un rythme effréné (plus de 159 milliards DA) et une grande partie des remboursements de la Sécurité sociale est constituée par les remboursements en médicaments (plus de 70 milliards de DA).

Il est important, de ce fait, de savoir que la maîtrise des dépenses médicamenteuses peut déboucher sur des économies beaucoup plus importantes que ne peuvent le faire les restrictions à apporter sur d'autres composantes du système de santé et d'élaborer, par conséquent, un système qui contribuerait à garantir l'efficacité des achats de médicament et, à ce titre, un pouvoir monopsoniste solide dans ses relations avec les industries pharmaceutiques peut être l'un des facteurs qui contribue au contrôle des coûts de médicaments (Evan et Stoddart, 1990; Abel.-S, 1992; Wolfe

et Moran, 1993.). Les médicaments génériques peuvent, aussi, constituer un outil majeur de régulation des dépenses médicamenteuses.

Mais la conclusion générale de notre travail a trait à l'étude des autres instruments de régulations qui devraient venir compléter l'édifice de la maîtrise des dépenses de santé. L'analyse a montré qu'en fin de compte le système de santé algérien ainsi conçu et même réformé, peut être considéré comme n'étant pas doté de moyens très efficace même si l'Etat s'y est pleinement investi.

En effet, malgré les réformes entreprises dans le domaine, celles-ci sont restées, à nos jours, à mi-chemin de leurs objectifs, elles ne sont pas parvenues à freiner la forte dépendance sanitaire de l'extérieur : le recours à l'importation massive des médicaments et d'équipements médicaux et aux envois pour soins à l'étranger. Ce qui rend encore l'œuvre de la maîtrise des dépenses difficile à réaliser à l'heure où l'on dresse souvent un sévère réquisitoire quant à la pénurie des médicaments et à la qualité des soins prodigués.

Il faut faire, également, le constat que plusieurs outils de régulations des dépenses de santé sont inexploités ou utilisés de manière partielle. Les hôpitaux et les établissements de santé publics sont assujettis parfois au rationnement insidieux du budget global pour les structures de santé dont le volume d'activité dépasse les crédits alloués, et à un laxisme pour celles qui sont en sous activités. Les cliniques privées jouissent, par contre d'une certaine liberté dans la fixation des prix de journée et dans la tarification à l'acte.

Il importe de souligner que la liste des outils de maîtrise des dépenses de santé que nous avons citée n'est pas exhaustive, mais nous nous sommes contentés de répertorier les outils de régulation les plus répandus à l'échelle internationale, en général et nationale, en particulier. L'examen des différents instruments nous permet de tirer plusieurs enseignements : l'Algérie s'appuie davantage sur la maîtrise de la demande via le ticket modérateur, le tarif de référence et le déremboursement des médicaments.

Les mesures envisagées agissent, essentiellement, beaucoup plus sur la demande et très peu sur l'offre. Il faut reconnaître que c'est dû, en partie, aux recommandations de la Banque Mondiale qui a exhorté le gouvernement algérien à rationaliser la demande, et ce, dans une logique dite de « *recupération des coûts* ».

Plusieurs pistes restent, tout de même, inexploitées, malgré leur importance en tant qu'instrument de maîtrise des dépenses, il s'agit notamment de la régulation des métiers, tant sur le plan d'installation que sur le plan d'encadrement d'honoraires. Il

est impératif de contrôler les soins ambulatoires et l'hospitalier privé, qui sont à l'origine de la croissance renouvelée des dépenses de santé, et d'inciter par là même les médecins privés à adopter un comportement raisonnable de prescriptions.

En effet, le secteur privé, exerce en Algérie, en toute liberté. Guidé par *une logique mercantile* (Abdelhamid Kernane), il s'installe dans les wilayas (grandes métropole), qui lui procurent les meilleurs rendements et choisit les activités les plus rentables. Il faut reconnaître que ce secteur est mal connu des pouvoirs publics et les données le concernant sont rarissimes et même si elles existent, elles sont souvent entachées de suspicion.

Pour ne pas créer un système de santé à deux vitesses, il faut orienter les opérations et l'installation du secteur privé, de façon à être complémentaire pour les soins non dispensés par le secteur public. La démographie médicale doit être contrôlée et toute extension d'infrastructures sanitaires ne doit pas être en contradiction avec les objectifs de la carte sanitaire à mettre en place.

De même, en Algérie, le mode de rémunération le plus prédominant est le paiement à l'acte, c'est le cas de tous les médecins exerçant à titre libéral, ce mode de paiement incite le praticien à multiplier le nombre d'actes¹⁹⁶, les explorations fonctionnelles et les autres analyses qui peuvent s'avérer parfois inutiles voire dangereuses. Le médecin est incité, en fait, à adopter un *comportement maximaliste*¹⁹⁷ par des sur-prescriptions, des visites répétées, des examens routiniers et même des médicaments trop cher au lieu de leur équivalent à bon marché.

Toutes les expériences montrent que ce mode de rémunération est inflationniste. Dans le cadre de la logique de la maîtrise des dépenses de santé, on peut prévoir un encadrement des honoraires. En Allemagne, par exemple, les honoraires des médecins ne peuvent pas progresser plus rapidement que le salaire moyen. Rémunérés selon un budget de prescription limité, les expériences allemande et anglaise montrent que cet outil constitue un excellent moyen pour contenir l'extension des dépenses de santé.

On peut également, prévoir un mécanisme de rémunération qui distingue entre les bons et les mauvais médecins. Des tarifs différents pourraient être envisagés pour des praticiens de notoriété particulière. Chaque mode de rémunération présente des avantages et des inconvénients, c'est pour cette raison que les systèmes de

¹⁹⁶ Selon une étude de la CNAS, il ressort qu'en 2000, le médecin privé prescrit environ 62% des ordonnances

¹⁹⁷ Abel-Smith B, « comment améliorer le rapport entre le coût et l'efficacité des soins de santé ? in revue internationale de développement sanitaires, forum mondial de la santé OMS, Vol.5 n°1.

paiement les plus réussis en matière de rémunération des professionnels sont souvent ceux qui combinent plusieurs mécanismes.

Nous avons voulu montrer, à travers des brèves esquisses des expériences étrangères, qu'il est possible, aussi, de porter de nettes améliorations au système de santé algérien en transposant certains instruments connus pour leurs succès dans d'autres pays, il s'agit, entre autres, des outils de la maîtrise médicalisée qui font défaut et des efforts de rationalisation des pratiques de prescription et d'encadrement d'honoraires des professionnels de santé qui sont presque inexistantes. Ces efforts doivent être menés plus particulièrement en direction du secteur privé.

Nous reconnaissons le fait que certaines réformes peuvent donner de bons résultats dans certains environnements et de mauvais ailleurs mais à défaut d'établir une liste des RMO par exemple, l'Algérie, à l'instar de ce qui se fait, en Finlande, peut informer, au moins, l'ensemble des médecins sur leurs habitudes de prescriptions en leur envoyant systématiquement, à la fin de chaque période (mois, trimestre, semestre ou année) des indications sur le nombre d'ordonnances qu'ils ont délivrées, sur le coût de leurs ordonnances et des informations sur les coûts standards de traitements qu'ils ont prescrits.

En effet, plusieurs pays, notamment la France, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ont mis en place des mécanismes de régulation des dépenses de santé qui permettent d'assurer le contrôle des habitudes de prescriptions et d'informer les médecins de la comparabilité de leurs prescriptions avec celles d'autres médecins. Cet outil vise, en outre, d'identifier les prescriptions dangereuses, de limiter les excès et d'encourager une plus grande standardisation des normes de prescriptions et d'inciter les ordonnateurs de dépenses à prescrire rationnel.

Ces expériences ont montré que la limitation des budgets de prescriptions des médecins constitue, également, un excellent moyen d'endiguement de la progression des dépenses de santé.

Cependant, pour réussir la transposition d'un modèle étranger à un modèle algérien, la définition du dispositif de la maîtrise des dépenses de santé doit forcément tenir compte des caractéristiques propres au système national de santé.

Les systèmes de régulation, à mettre en place, doivent prendre en considération certaines dimensions liées à la culture de solidarité, à l'organisation et à l'histoire spécifique de chaque système de santé, il serait illogique de plaquer ou de calquer sur le système de santé algérien, un modèle qui présenterait des dissimilarités par rapport à la culture de l'Algérie en matière de Sécurité sociale (Soubie R). Il ne s'agit pas,

seulement, de chercher les outils de maîtrise des dépenses de santé qui pourraient être source d'économie, mais il s'agit de savoir si une telle transposition est compatible avec les exigences de la société algérienne.

C'est dans ce cadre que l'inspiration doit s'inscrire. Certes, il n'y a pas de solutions miraculeuses, aucun pays n'a trouvé de système de santé idéal, mais les pays qui ont réussi leur tâche dans la maîtrise des dépenses de santé, ont pu exercer des pressions sur les différents acteurs des systèmes de santé (Soubie R). Le but final étant d'atteindre un objectif selon lequel l'Etat pourrait accroître l'efficacité des dépenses de santé tout en assurant leur maîtrise. C'est pourquoi, il est, légitimement, du devoir de l'Etat d'intervenir en cas de dysfonctionnements majeurs.

Cette intervention peut revêtir deux formes (Neudeck et Podcizek 1996) : nous pouvons nous tourner soit vers des mécanismes selon lesquels l'Etat se contente de jouer le rôle de *régulateur* : il impose un certain nombre de règles de fonctionnement à l'assurance et il régule la concurrence sans pour autant intervenir lui-même comme assureur soit vers des mécanismes où l'Etat intervient comme *assureur* : son intervention sera donc recentrée, dans ce cas, sur ce qui est jugé nécessaire pour maintenir un certain degré de solidarité nationale et pour assurer la péréquation des risques assurantiels.

Entre le *tout Etat* et le *tout marché*, l'on peut choisir une position intermédiaire qui serait en mesure de concilier entre les vertus de la concurrence et les avantages de la régulation administrée et médicalisée. Des solutions mixtes s'imposent d'elles-mêmes. En effet, aucune expérience n'a pu démontrer que l'Etat, seul acteur du système de santé disposant lui-même du monopole et de toutes les prérogatives, obtiendrait une meilleure efficacité. Quant au secteur privé, rien ne prouve qu'il puisse se substituer à l'Etat sans remettre en cause des principes fondamentaux d'équité, de solidarité et de cohésion sociale. C'est pour cette raison que l'Etat doit mettre en place toutes sortes d'institutions qui seraient capables de combler les insuffisances et les imperfections du marché.

Aujourd'hui, nous estimons qu'il est impérieux de réviser ou de revoir le rôle de l'Etat en matière de l'offre et de financement des soins de santé, tout en retrouvant des compromis qui puissent concilier entre équité entre les assurés et les démunis, qualité des soins prodigués, satisfaction des besoins des producteurs et des usagers des soins de santé et maîtrise des dépenses de santé, et ce, afin d'éviter de s'exposer dans le futur proche à subir un rationnement insidieux et des mesures beaucoup plus draconiennes.

Actuellement, il faut encore que les pouvoirs publics s'interrogent sur les questions relatives au financement qui ne sont pas parvenues, malgré les modifications apportées aux statuts de certains hôpitaux, à une maîtrise des dépenses hospitalières. Il y'a certes, une volonté de rationalisation marquée essentiellement par plus de souplesse et d'autonomie contenues dans les statuts de certains hôpitaux mais plusieurs procédures demeurent, cependant, non exploitées.

En effet, la facturation en fonction de l'activité réelle via le Groupe Homogène de Maladies (GHM) ou le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) sont des procédures expérimentées et confirmées dans de nombreux pays et qui ont fait leurs preuves et donné des résultats probants mais qui restent malheureusement absentes en Algérie.

De surcroît, certaines pistes de réflexion relatives à l'organisation des services des établissements publics hospitaliers peuvent permettre d'optimiser l'utilisation des moyens matériels et financiers et d'arriver à plus de recentrage et plus de spécialisation dans l'essentiel des activités de l'hôpital, il s'agit de l'externalisation ou de la sous-traitance des certaines unités de productions qui encombrant le processus de soins hospitaliers.

Pour faire des économies, l'Etat algérien pourrait également faire des efforts en instillant une certaine concurrence dans le domaine de l'assurance maladie et en autorisant la création de caisses d'assurances privées qui prendraient en charge les dépenses engagées auprès des cliniques privées ou fourniraient des assurances supplémentaires pour des prestations non couvertes par la Sécurité sociale. Quant à la CNAS, l'on peut lui confier en plus de son rôle de financeur du système de santé, un rôle d'acheteur qui créerait une émulation entre les différents prestataires de santé. Cet argument peut valoir aussi bien pour les professionnels de santé des deux secteurs qu'ils soient publics ou privés.

A l'issue de ce travail de recherche, il y' a encore de nombreuses questions qui demeurent, malheureusement, sans réponses, en raison des obstacles trouvés et de la confidentialité très répandue à tous les niveaux, il s'agit de l'étude du phénomène des médicaments les plus consommés, des médicaments d'automédication, du phénomène de la sur-prescription, de l'externalisation des activités secondaires des hôpitaux...etc. Mais nous espérons, que cette contribution constituerait une ébauche de recherche pour les travaux futurs.

Liste des tableaux

1. Tableau n°01 : Evolution et nature des dépenses des établissements de santé (EPSP, EHS et CHU): 1998/2009.
2. Tableau n°02 : Evolution des importations de médicaments, en Algérie, par rapport aux importations totales de 2005 à 2009 en millions USD.
3. Tableau n°03: Evolution des importations annuelles des produits pharmaceutiques de 1975 à 2008.
4. Tableau n° 04: Les produits pharmaceutiques enregistrés en 2007 selon l'origine.
5. Tableau n° 05: La croissance de la production nationale de médicaments de 1971 à 2006 et l'évolution du taux de couverture de la demande par la production nationale.
6. Tableau n° 06: Les marges de distribution de gros et de détail.
7. Tableau n°07 : Les médicaments les plus vendus en Algérie selon les marges.
8. Tableau n° 08: La part de la consommation des médicaments en Tunisie selon les marges.
9. Tableau n° 09: Le marché pharmaceutique algérien : la proportion du médicament générique.
10. Tableau n°10: Evolution de la proportion du médicament générique en Tunisie (en valeur) selon l'origine locale et étrangère.
11. Tableau n°11: Le taux de pénétration des génériques par pays en 2006 (à définition de générique non comparables d'un pays à l'autre).
12. Tableau n° 12: La moyenne des dépenses de la Sécurité sociale (2000-2008) par rubriques et en pourcentages.
13. Tableau n°13: La contribution de la Sécurité sociale : « forfait hôpitaux » de 1973 à 2009.
14. Tableau n°14 : Les transferts pour soins à l'étranger.
15. Tableau n°15: Le remboursement des médicaments.
16. Tableau n°16: Les sources de financement de la santé en Algérie de 1974 à 2009.
17. Tableau n°17 : La participation de l'Etat et celle de la CNAS en pourcentage et leur évolution de 1974 à 2009.
18. Tableau n°18 : Les sources de financement en Algérie en % des dépenses totales de santé de 1974 à 2005.
19. Tableau n°19: Evolution du PIB en USD et en DA et le taux de DNS/PIB de 1979 à 2008.
20. Tableau n°20 : Evolution de la part du secteur de la santé dans le total des transferts sociaux en provenance du budget de l'État de 2000 à 2007.
21. Tableau n°21 : Répartition des PME et des emplois de PME par secteur juridiques pour 2004 et 2005.
22. Tableau n°22 : Evolution du PIB par secteur juridiques (Hors Hydrocarbure) de 1999 à 2007.

23. Tableau n° 23: Encaissement des cotisations par secteur pour l'année 1999.
24. Tableau n°24: Evolution de l'emploi informel de 1999 à 2003.
25. Tableau n°25 : Evolution du nombre des assurés.
26. Tableau n°26 : la consommation des médicaments en Algérie selon les classes thérapeutiques.
27. Tableau n°27 : La consommation médicamenteuse par classe thérapeutique en Tunisie de 1999 à 2000.

Liste des graphiques

1. Graphique n° 01: Les dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé en Algérie en 2009.
2. Graphique n°02: Evolution des importations de médicaments en USD.
3. Graphique n°03: Evolution du taux de change : parité DA/USD.
4. Graphique n°04: Evolution de la fabrication locale et de l'importation, en Tunisie, de 1987 à 2001 en millions de dinars tunisiens.
5. Graphique n°05: Evolution du taux de la couverture des besoins en médicaments par la production nationale en Algérie de 1971 à 2006.
6. Graphique n° 06: Les rubriques de dépenses de la sécurité sociale en pourcentage.
7. Graphique n°07 : L'évolution du forfait hospitalier à la charge de la Sécurité sociale de 1973 à 2009.
8. Graphique n° 08: Evolution du nombre de malades transférés à l'étranger.
9. Graphique n°09: La participation de l'Etat et de la Sécurité sociale au financement des établissements publics de santé de 1974 à 2009.
10. Graphique n°10: Le financement des établissements publics de santé de 1985 à 1991.
11. Graphique n°11: Le financement des établissements publics de santé de 1991 à 2009.
12. Graphique n°12 : Les sources de financement de la santé en % des dépenses totales de la santé en Algérie 1974/2005.
13. Graphique n°13 : Les sources de financement de la santé en % des dépenses totales de la santé en Tunisie 1985/2004.
14. Graphique n° 14: Les sources de financement de la santé en % des dépenses totales de la santé au Maroc 1997/2004.
15. Graphique n° 15: Taux d'évolution du PIB en USD et en DA et l'évolution du ratio DNS/PIB de 1979 à 2008.

Liste des schémas

1. Schéma n°01: L'importance de la promotion du générique dans la maîtrise des dépenses de santé.
2. Schéma n°02 : les taxes devant contribuer au financement de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

1. Béjean S : Economie du système de santé : du marché à l'organisation, Edition Economica Paris 1994.
2. Coca E et Dubois-Lefrère J : Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières le PMSI, Edition Berger-Levrault, Paris, 2006.
3. Duru G : Analyse et évaluation en économie de la santé, Edition Hermès, Paris 1994.
4. Engel F, Kletz F, Moisdon J C, Tonneau D : La démarche gestionnaire à l'hôpital le PMSI, la régulation du système de santé Edition Seli Arslan, Paris 2000.
5. Guizouarn J-C, Marescaux N : assurance santé : segmentation et compétitivité, édition Economica, Paris, 2004.
6. Henriet D. et J-Ch. Rochet : Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé », Complément B in Régulation du système de santé, Rapport du Conseil d'Analyse Économique, n° 13, Edition La Documentation Française 1998.
7. Kaïd Tlilane N : Le service public local au service du développement durable » In Marché et Organisations, sous le titre Développement durable et responsabilité sociale des acteurs, Edition L'Harmattan 2009.
8. Kaya S.A.K : Politique pharmaceutique et système de santé en Algérie Edition OPU 1993.
9. Labourdette A : Economie de la santé, Edition PUF 1998.
10. Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique. Alger: Editions OPU; 2004.
11. Modelet P : Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé, Edition de l'ENSP Paris 2006.
12. Mougeot M. : Régulation du Systèmes de santé, Edition la documentation française, Paris 1999
13. Mougeot M. : Systèmes de santé et concurrence, Edition Economica, Paris 1994.
14. Mougeot M. : Le système de santé : centralisation ou décentralisation?, Economica, Paris ,1986.
15. Oufriha F Z : Cette chère santé : une analyse économique du système de soin en Algérie, Edition OPU, Algérie, 1992
16. Oufriha F Z : De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins, Edition CREAD 2006.
17. Oufriha F Z : Système de santé et population en Algérie, Edition CREAD 2009.
18. Rochaix M., Les questions hospitalières, de la fin de l'Ancien Régime à nos jours, Berger-Levrault, 1996.
19. Soubie R., J-L. Portos et C. Prieur : Le Livre Blanc sur le Système de santé et d'assurance-maladie, Edition la documentation française, Paris 1994.
20. Valsquez G : L'industrie du médicament et le tiers monde, Edition l'Harmattan, 1983.

OUVRAGE COLLECTIF

21. Cheriet F, Oufriha F.Z, Ouzzir S, Kaïd Tlilane N, Koudri A et Kernane A : Transition et système de santé en Algérie, Edition CREAD 2009.

ARTICLES ET COMMUNICATIONS

22. Abel-Smith B : Comment améliorer le rapport entre le coût et l'efficacité des soins de santé ? in revue internationale de développement sanitaires, forum mondial de la santé OMS, Vol.5 n°1.
23. Allemand H, Jourdan MF : Sécurité sociale et références médicales opposables in Revue Médicale de l'Assurance Maladie n° 3 / juillet septembre 2000.
24. Bardey D et Lesur R : Régulation optimale du système de santé dans un contexte de demande induite et de risque moral ex post des Journées Louis-André Gérard-Varet Septembre (2004).
25. Beaumeunier V. : Asymétrie d'information et régulation contractuelle dans le secteur de la santé, in Dossier Santé, 1995.
26. Benhamed L : Réforme et Sécurité sociale : l'expérience algérienne, 4ème rencontre internationale des pharmacies Alger le 11 Mars 2009.
27. Bloch L. et P. Ricordeau : La régulation du système de santé en France, Revue Française d'Économie, vol. XI, n° 1, 1996.
28. Brahmia B : Quelles réformes pour le financement des soins en Algérie ? communication pour le séminaire international sur les réformes économiques et question sociale, Constantine le 29 et le 30 avril 2000.
29. Brahmia B: Le financement des systèmes de santé des pays en voie de développement: rationalisation ou rationnement? Référence au cas de l'Algérie, communication pour le colloque international sur le PAS et ses effets sur le secteurs de l'éducation et de la santé, Batna le 20-21-22 novembre 2000.
30. Carole CREVEL : Le marché de la santé en Algérie, mission économique, Version originelle du 2 février 2004
31. Chevrier-Fatome C, Daniel C : Le système de santé en Angleterre : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire Rapport n° 2002 105.
32. Dawson D.: Réglementation de la concurrence entre les hôpitaux du secteur public au Royaume-Uni, Revue de la Concurrence et de la Consommation, n° 97 ; 1997.
33. Ecole nationale de la santé publique : la contractualisation IV journées nationales de gestion des établissements de santé 1 et 2 juillet 1998 numéro spécial in revue Le gestionnaire 1998.
34. Emmanuelle A, Campion M-D, Vion D : Régulation de la dépenses pharmaceutique dans l'union européenne, états des lieux et prochains défis in bulletin de l'ordre des pharmaciens 376, novembre 2002.
35. Fellah L : L'information et l'éducation pour la santé : une forme de l'offre de prévention, journal algérien de médecine n°01, volume 03, février 1998.
36. Gardeur P: Des références médicales opposables aux références professionnelles, droit social, 1996
37. Jacobzone S : La maîtrise des dépenses et la responsabilité des acteurs dans les systèmes de santé communication à la conférence Europe Blanche XXI, à Helsinki, les 1er et 2 octobre 1999.
38. Jacobzone S, Rochaix L: L'hypothèse de la demande induite : un bilan économique, Revue Economie et prévisions n° spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé, n°129-130, 3ème et 4ème trimestre, juillet 1997.

39. Johanet G. : La maîtrise médicalisée des dépenses de santé (MMEDS). Document de travail V5. CNAMTS. Paris.1992.
40. Kaddar M : Le financement de la santé au Maghreb : données et problèmes actuels, communications pour le séminaire inter pays sur le financement des soins de santé et la maîtrise des coûts, Tunis 27-30 juillet 1992.
41. Kaddar M. "Le financement de la santé au Maghreb, données et problèmes actuels". Communication pour le séminaire inter pays sur le financement de soins et la maîtrise des coûts, Tunis, 27- 30 juillet 1992, 10 p.
42. Kaïd Tlilane N : La problématique de financement des soins en Algérie, revue internationale de Sécurité sociale, Genève, vol 57, n°4 octobre 2004.
43. Kaïd Tlilane N. : Les conséquences du développement sur l'environnement : cas de l'Algérie''.Communication au 1er Séminaire International sur «L'Environnement et ses Problèmes Connexes ». Béjaïa les 05, 06, 07 Juin 2005.
44. Kerleau M. : L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise de dépenses de santé. Sciences sociales et santé 1998.
45. Lamri L : Monographie de l'assurance maladie en Algérie, Tunis Hamamet 14-16 novembre 2001.
46. Lamri L : Changeons le système de santé ». Revue de l'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INFPF), édition 2001.
47. Launois R : Qu'est-ce que la régulation médicalisée ? Journal d'Economie Médicale, T. 12, N° 1, février 1994.
48. Mansouri B.:conférence sur les système de santé en Afrique OMS AFRO 28-30 Avril Ouagadougou 2007.
49. Marchand M et Pestieau P : Le numerus clausus en médecine: pourquoi et comment? Reflets et Perspectives, XLII, 2003.
50. Nuyen-Kim L, Zeynep O, Paris V et Sermet C : Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France questions d'économie de la santé Bulletin d'information en économie de la santé n° 99 - Octobre 2005
51. Oxley H et MacFarlan M : Réforme des systèmes de santé : maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité revue économique de l'OCDE no 24,1995.
52. Rochaix L. et S. Jacobzone : L'hypothèse de la demande induite : un bilan économique, Économie et Prévision, n° 129-130, 1997.
53. Rochaix L.: Asymétries d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats, Économie et prévision, 1997.
54. Rochaix L: La fonction de demande de soins : l'arlésienne du marché ? »in Risques 1995
55. Sécurité sociale : Le mythe de l'assurance, La référence assurantielle en matière de protection sociale : apport et limites Blanchet, France 1996.
56. Semmoud M : Le médicament face aux réformes, l'expérience algérienne, communication présentée au colloque international d'économie de la santé, Novembre 2006.
57. Stigler G: The Theory of Economic Regulation, Bell Journal of Economics, vol. 2(1), 1971.

MEMOIRE ET THESES

1. Biales M, Casciano S, Davigo P, Hacquard S : Maîtrise médicalisée, maîtrise comptable des dépenses de santé : problématique, méthodes, faisabilité, mémoire de PGS santé école nationale de santé publique, Paris 2002.
2. Boudoukha A : L'établissement public à caractère spécifique au secteur de la santé mémoire magister droit des entreprises, université d'Alger 2008.
3. Brahmia B : La dynamique du système de santé algérien : Bilan et perspectives, Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences Economiques, université de Montpellier 1, France 1991.
4. Cheriet F : Essai d'évaluation des effets du programme d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas de la wilaya de Béjaïa 2001.
5. Couffenthal A : « Concurrence en assurance santé entre efficacité et sélection » Université PARIS IX- Dauphine UFR sciences des organisations Thèse de Doctorat en sciences économiques septembre 1999.
6. Detournay B. "Politique de développement et politiques sanitaires: l'exemple du Maghreb" (Mémoire -D.E.S.S. Economie et gestion du système de santé - Paris I - 1989).
7. Djaidir N : La maîtrise de l'efficacité dans l'hôpital par l'introduction d'une comptabilité analytique médicalisée, mémoire de magister, INPS Alger 2004.
8. Fellah L : Etude exploratoire du système de prévention algérien : Déterminisme et problématique, Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences Economiques, université de Montesquieu Bordeaux, France 1998.
9. Hourcade-Behaghel C : Processus de choix de projets dans l'industrie pharmaceutique et politique de santé, Thèse de doctorat de l'Ecole Polytechnique : économie et sciences sociales, France octobre 2003.
10. Kaddar M : Système de santé et médicaments, cas de l'Algérie, mémoire de Magister université Oran 1982.
11. Kaïd Tlilane N : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans le département de Béjaïa , thèse de doctorat d'Etat ès sciences économiques, facultés des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales. 2003 Alger.
12. Kernane A : Stratégie des firmes multinationales et problématique d'une politique pharmaceutique nationale, Thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, INPS 2007.
13. Nezzal L : La consommation de médicaments en Algérie, une tentative d'approche : cas concrets des secteurs sanitaires de Constantine et de Sétif ; Thèse de doctorat en médecine. Constantine 1992.
14. Tafat S : Place du secteur pharmaceutique algérien dans le contexte économique actuel, mémoire de magister, INPS, Alger, 2007.
15. Zenhati A : Contribution à l'étude de la branche du médicament en Algérie mémoire de magister, INPS 2002.

RAPPORTS

1. Banque Algérie : Rapport sur les indicateurs monétaires et financiers de l'Algérie en 2006
2. Banque mondiale : Descriptions du secteur de la santé, unité sectorielle du développement humain, Moyen Orient et Afrique du Nord, Alger, juin 2000.
3. Banque Mondiale : Revue des dépenses publiques : document de la banque mondiale volume I. L'Algérie à la recherche d'un investissement de qualité du 15 août 2007.
4. CNAS : La sécurité sociale et le médicament 2001.
5. CNEAP : Caisse Nationale des Assurances Sociale : Maîtrise des dépenses afférentes à la couverture des frais pharmaceutiques, étude juin 2001.
6. CNES : L'évolution des systèmes de protection sociale ainsi que les perspectives, les conditions et les modalités d'assurer leur équilibre financier, 18ème session plénière juin 2001.
7. CNES : Projet de rapport : Le médicament plate-forme pour un débat social CNES 19ème session plénière novembre 2001.
8. INSP : Enquête nationale de santé projet TAHINA novembre 2007.
9. Ministère de la Petite et Moyenne Entreprise et de l'Artisanat et la commission européenne : Analyse de la Filière de l'Industrie Pharmaceutique En Algérie Octobre 2007.
10. MSPRH : Avant projet de loi sanitaire 2003.
11. MSPRH : Développement du système national de santé, Stratégies et perspectives, mai 2001.
12. MSPRH : L'état de santé des algériens et des algériennes rapport annuel 7 avril 2002
13. MSPRH : L'état de santé des algériens et des algériennes rapport annuel Décembre 2004.
14. MSPRH : Les comptes nationaux de santé 2000-2001, Algérie mai 2003.
15. MSPRH : Politique Nationale de la Santé. Algérie 2006.
16. MSPRH : Rapport du Conseil National de la Réforme Hospitalière. 2003.
17. OMS : Bureau Régional de l'Europe Copenhague : La maîtrise des dépenses de santé dans le système de Sécurité sociale, Vienne 25_28 mai 1981.
18. OMS : Comment élaborer et mettre en oeuvre une politique pharmaceutique nationale, Genève 2004.
19. OMS : Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration des performances des systèmes de santé, Genève 2004.
20. OMS : Le secteur pharmaceutique tunisien son organisation, son fonctionnement et ses performances par rapport a la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments, Genève 2003.
21. OMS : Libéralisation du secteur pharmaceutique en Algérie effets sur la disponibilité et les prix des médicaments 1997.
22. OMS : Maîtrise des coûts des médicaments importés étude de cas : Tunisie.
23. OMS : Organisation Mondiale de la Santé : maîtrise des coûts des médicaments importés étude de cas : Tunisie, 2007.
24. OMS : Stratégie OMS de coopération avec le pays : Algérie 2002-2005.
25. OMS : Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques 2000-2003.
26. OMS : Une politique nationale de contractualisation : guide pour son élaboration et son suivi, N°02,2007.

REVUES

58. Actualité et dossier en santé publique Régulation du système de soins n° 11 juin 1995.
59. Bulletin d'information en économie de la santé n° 99 - Octobre 2005
60. Bulletin d'information en économie de la santé question d'économie de la santé n°99- Octobre 2005.
61. Bulletin de l'ordre des pharmaciens France. n°376, novembre 2002.
62. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N° 7, 2002
63. Bulletin de la Banque de France : N° 154 • Octobre 2006 1. La croissance tendancielle des dépenses de santé : un problème sensible pour les finances publiques des pays développés.
64. Bulletin du Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officine Le Courrier Du Pharmacien Edition nationale Année 2002 Numéro 005 Janvier 2002.
65. Bulletin mensuel : Lettre du Forum des Chefs d'entreprises N°41 novembre 2004.
66. Dossiers solidarité et santé N° 4 octobre - décembre 2004.
67. Dossiers Solidarité et Santé revue thématique dernier numéro paru : « Les dépenses de santé », n° 1, janvier-mars 2002
68. Économie et Prévision, n°129-130. Nguyen N. X, Derrick F. W (1997)
69. Eco-Santé OCDE 2003.
70. Études et résultats n° 157, février 2002.
71. Études et résultats n° 166, avril 2002. « *Les dépenses de médicaments remboursables entre 1998 et 2001* ».
72. Etudes et résultats n° 175, juin 2002. comparaison internationale des dépenses de santé.
73. Etudes et Résultats N° 378 • février 2005 Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire.
74. Etudes et Résultats, DRESS, n°352.
75. Journal d'Economie Médicale – 1994, T. 12, N° 1, février.
76. Journal d'économie médicale, n° 5. 1999 : La mesure du bénéfice en santé par la méthode du consentement à payer.
77. Rand Journal of Economics, 26 ((1995).
78. Revue de la Concurrence et de la Consommation, n° 97 ; 1997.
79. Revue Economie et prévisions n° spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé, n°129-130, 3ème et 4ème trimestre, juillet 1997.
80. Revue économique de l'OCDE no 24, 1995.
81. Revue française d'économie, 11, 3-20. 1991 : « L'État ou le marché dans l'assurance Maladie ».
82. Revue Française d'Économie, vol. XI, n° 1, 1996.
83. Revue internationale de Sécurité sociale, Genève, vol 57, n°4 octobre 2004.
84. Revue Médicale de l'Assurance Maladie n° 3 / juillet septembre 2000
85. Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 33 n° 1 / janvier mars 2002
86. Trésor-Eco – n° 42 –mode de rémunération de médecins, Septembre 2008.

DONNEES STATISTIQUES

1. Banque mondiale : rapport sur les dépenses publiques 15 août 2007.
2. CENEAP : Maîtrise des dépenses afférentes à la couverture des frais pharmaceutiques, étude juin 2001.
3. CNAS : Direction générale de la Sécurité sociale
4. CNES : le médicament plate-forme pour un débat social CNES 19ème session plénière novembre 2001.
5. CNIS Centre National de l'Informatique et des Statistiques : Direction Générale des Douanes.
6. Comptes Nationaux de la Santé de l'Algérie - Années 2000-2001.
7. Direction de l'Administration Générale Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)
8. Direction de la Pharmacie et de l'équipement Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)
9. Direction de la Pharmacie et du médicament Ministère de la santé publique Tunisie
10. Direction de la Planification Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)
11. Direction des Statistiques (différentes années), Annuaire Statistique du Maroc, Rabat.
12. Direction des structures de santé Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)
13. Eco-Santé OCDE 2003
14. European Generic Association.
15. Generic Pharmaceutical Association.
16. INSP : Enquête nationale de santé projet TAHINA novembre 2007.
17. INSP : Enquête TAHINA –INSP-2005
18. Ministère de la Petite et Moyenne Entreprise et de l'Artisanat et la commission européenne : Analyse de la Filière Industrie Pharmaceutique En Algérie Octobre 2007.
19. Ministère de la santé publique Tunisie.
20. Ministère de la santé, Maroc.
21. Ministère du travail de l'emploi et de la sécurité sociale
22. MSPRH Statistiques sanitaires. Direction de la planification la Population, Algérie, 1999.
23. MSPRH : Statistiques sanitaires – Année 2003.
24. MSPRH : Statistiques sanitaires 1998, tome 2 : informations détaillées. 1999.
25. MSPRH : Statistiques sanitaires Année 1997, 1998.
26. MSPRH : Statistiques sanitaires Année 1998 : synthèse tome 1, 1999.
27. MSPRH : Statistiques sanitaires année 2006, février 2008.
28. OMS : Rapport sur la santé dans le monde, Genève 2000.
29. OMS : Rapport sur la santé dans le monde, Genève 2004.
30. OMS : Rapport sur la santé dans le monde, Genève 2007.
31. ONS : Office National des Statistiques.
32. Université Sherbrook données statistiques (différentes années).
33. World review 2007.

SITE INTERNET

1. Actualités pharmaceutiques www.pharmaceutiques.com
2. Agence algérienne d'information www.aai-online.com
3. Agence algérienne d'information www.aai-online.com
4. Agence Nationale de Documentation de la Santé www.ands.dz
5. Association des professionnels de santé algériens en France www.chez.com/amedaf
6. Assurance maladie en France www.ameli.fr
7. Base de donnée médicale pour les professions de santé www.generiques.net
8. Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.) Tunisie : www.cnss.nat.tn
9. Caisse nationale de sécurité sociale Maroc : www.cnss.ma
10. Catalogue et index des sites médicaux francophones www.chu-rouencismef.fr
11. Centre belge de pharmacovigilance www.cbip.be
12. Centre de Recherche, d'étude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.) : www.credes.fr
13. Centre national d'études et d'analyses pour la planification www.ceneap.com.dz
14. Centre national hospitalier d'information sur le médicament www.theriaque.org
15. Cleiss : régimes de Sécurité sociale dans le monde <http://www.cleiss.fr>
16. Connaissance et Décision en Economie de la Santé CODECS www.infodoc.inserm.fr
17. Documentation en économie de la santé : www.ladocumentationfrancaise.fr/
18. Documentation française : www.ladocfrancaise.gouv.fr
19. Douanes algériennes www.douane.dz
20. Gouvernement algérien www.gouvernement.dz
21. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé : www.irdes.fr/
22. Journal officiel algérien www.joradp.dz
23. Ministère de la santé français www.sante.gouv.fr/htm/Publication
24. Mission Nationale d'audit et d'expertise hospitalière www.meah.sante.gouv.fr
25. News, Maghreb, Europe, canada, dossiers santé, forum www.1sante.com...
26. Office National des Statistiques (ONS) www.ons.dz
27. OMS www.who.int
28. Ordre National des Pharmaciens Algérie www.pharmacien-dz.org
29. Organisation de Coopération et de Développement Economiques www.oecd.org
30. Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Observatoire Européen des Systèmes de santé <http://www.euro.who.int>
31. Panorama de l'Assurance Santé : www.jalma.fr
32. Portail africain sur la santé www.santetropicale.com
33. Portail maghrébin de la santé www.santemaghreb.com
34. Résultat et études en économie de la santé REES: www.rees-france.com
35. Revue prescrire www.prescrire.org
36. Santé en Algérie www.algeriesante.com
37. Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officine SNAPO : www.snapo.org
38. Systèmes de santé et de couverture sociale dans le monde www.gipspsi.org
39. Union Nationale des Opérateurs en Pharmacie : www.unop.dz
40. Université Sherbrook données statistiques : www.u-sherbrook.ca

REGLEMENTATION ET TEXTES DE LOIS

1. Arrêté du 06 août 2007 fixe les produits d'assurances pouvant être commercialisés par la bancassurance.
2. Arrêté du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leur mise en œuvre.
3. Arrêté du ministère de la santé du 24/02/1997 fixant le cahier des conditions techniques de mise sur le marché de produits pharmaceutiques importés destinés à la médecine humaine.
4. Arrêté interministériel du 04 juillet 1987 qui fixe la valeur monétaire des lettres clés relatives aux actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux.
5. Arrêté interministériel du 7 janvier 1995
6. Arrêté interministériel n° 133/MSPRH/ du 21/12/1995 en application de l'article 59 de la loi n°83-11 du 02/07/1983, fixe le tarif de référence de remboursement et les conditions de prise en charge des produits pharmaceutiques par la Sécurité sociale.
7. Arrêté interministériel n°22 en date du 11 avril 1995 relatif aux missions du Conseil Régional de la Santé.
8. Arrêté N° 46 du 07 Octobre 1998 fixant le cahier des conditions techniques de mise sur le marché des produits pharmaceutiques importés et destinés à la médecine humaine.
9. Arrêté n°43 en date du 22 juin 1995 relatif à la création l' Observatoire Régional de la Santé.
10. Journal officiel n°43 datant du 20 juillet 2003 Article 10 relatif aux pratiques restrictives de la concurrence.
11. Circulaire du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière en date du 15 avril 2004, exhortant les structures de santé publiques à mettre à exécution les premières instructions concernant la phase initiale de la mise en œuvre de la contractualisation.
12. Décret 95-119 du 26 Avril 1995 portant classification des biens et services soumis au régime des prix réglementés.
13. Décret exécutif n° 98-44 du 1er février 1998 relatif au plafonnement des marges de gros et de détail pour la distribution des produits pharmaceutiques
14. Décret exécutif n°06-143 du 26/04/2006, portant création de l' EHU Skikda, d'une capacité de 240 lits.
15. Décret exécutif n° 06-384 du 28/10/2006 portant création EHU Ain El Turk d'une capacité de 240 lits.
16. Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité modifiés et complété.
17. Décret exécutif n°05-257 du 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux.
18. Décret exécutif n°05-459 du 30/11/2005 portant création de l'établissement hospitalier de Ain-Timouchent d'une capacité de 240 lits.
19. Décret exécutif n°06-422 du 22/11/2006, portant création EHU Ain Azel d'une capacité de 120 lits.

20. Décret exécutif n°07-153 du 22 mai 2007 fixant les modalités et conditions de distribution des produits d'assurance par les banques.
21. Décret exécutif n°07-209 du 01 juillet 2007 portant création de l'EHU Didouche Mourad de Constantine, d'une capacité de 240 lits.
22. Décret n° 54 du 23 septembre 2001 relatif à la suppression du remboursement des médicaments sur la base des prix réels.
23. Décret n° 85-283 du 12 novembre 1985 fixant les modalités d'établissement de la nomenclature générale et de tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens dentistes et des auxiliaires médicaux.
24. Décret n° 04-101 du 1er avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de la Sécurité sociale au financement du budget des établissements publics de santé.
25. Décret présidentiel n°03-270 du 13 août 2003 portant création de l' EHU Oran.
26. Décrets n°81-242 et n°81-243 du 5 septembre 1981 portant organisation et fonctionnement des Etablissement Public à caractère Administratif.
27. Instruction interministérielle du 20/07/1997 relative à la mise en œuvre du processus d'expérience du système de gestion du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements publics de santé.
28. Instruction n° 005 MSP/MIN, du 07 sept. 2003, relative à la généralisation du médicament générique.
29. Loi 95-06 du 25 Janvier 1995 relatif à la concurrence et le principe de la liberté des prix.
30. Loi 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises économiques
31. Loi du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé
32. Loi n° 06-04 du 21 Moharram 1427 correspondant au 20 février 2006 modifiant et complétant L'ordonnance n° 95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 janvier 1995 relative aux assurances.
33. Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.
34. Loi n°83.11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
35. Ordonnance 03-03 du 19 juillet 2003 relative à la concurrence.
36. Ordonnance du 28 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires.
37. Ordonnance n° 95-07, du 25 janvier 1995 relative aux assurances permettent aux compagnies d'assurances de vendre des contrats d'assurances dans toutes les branches.
38. Ordonnance n°76-12 du 20 février 1976 portant création des centres hospitalo-universitaires.
39. Ordonnance présidentiel n° 06 -07 du 15 juillet 2006 prévoyant des mesures incitatives pour promouvoir le médicament générique.

Liste des annexes :

Annexe n°01 : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) de 1987 qui sert de référence dans les pratiques de remboursement des soins et des actes médicaux.

Annexe n°02 : Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1990/2009.

Annexe n°03 : Le nouveau statut des Etablissements Hospitaliers et Universitaires (EHU) gérés en tant que Etablissements Publics à Caractère Spécifique (EPCS) : EHU Oran, Ain-Timouchent, Skikda, Ain El Turk et Ain Azel.

Annexe n°04 : La loi n° 85-05 du 16 février 1985.

Annexe n°05: La participation de l'Etat et de la CNAS dans le financement des Etablissements Publics de Santé de 1990 à 2009

Annexe n°01 :
Nomenclature Générale des
Actes Professionnels (NGAP)

Annexe n°01 : Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) de 1987

a) Consultations et visites

Nature des actes	Médecin généraliste		Médecin spécialiste		Psychiatre		Chirurgien dentiste		Sage femme	
	Lettre-clé	Valeur (DA)	Lettre-clé	Valeur (DA)	Lettre-clé	Valeur (DA)	Lettre-clé	Valeur (DA)	Lettre-clé	Valeur (DA)
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés	C	50	CS	100	CPSY	125	CD	40	CSF	25
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant jours fériés	CJF	65	CSJF	125	CPSYJF	150	CDJF	48	CSFJF	35
Consultation de nuit effectuée au cabinet	CN	65	CSN	125	CPSYN	150	CDN	48	CSFN	35
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés	V	75	VS	150	VPSYV	175	VD	48	VSF	40
Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés	VJF	100	VSJF	175	VPSYJF	200	VDJF	56	VSFJF	50
Visite de nuit effectuée au domicile du malade	VN	100	VSN	175	VPSYN	200	VDN	64	VSFN	60

b)- Autres actes pratiqués par les médecins et les chirurgiens dentistes

Nature des actes	Lettre-clé	Valeur (DA)
Acte de pratique courante et de petite chirurgie pratiqué par le médecin	PC	11
Acte de chirurgie et de spécialités	K	11
Acte pratiqué par le chirurgien dentiste spécialiste	DS	11
Acte pratiqué par le chirurgien dentiste généraliste	D	9,5
Acte utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin ou le chirurgien dentiste	R	12,5
Acte d'analyse médicale	B	2

c)- Actes des auxiliaires médicaux

Nature des actes	Lettre-clé	Valeur (DA)
Soins infirmiers pratiqués par la sage femme ou l'infirmière en soins obstétricaux	SFI	10,5
Acte pratiqué par le kinésithérapeute	AMM	10,5
Acte pratiqué par l'infirmier ou le technicien en soins infirmiers	AMI	10,5
Acte de prélèvement pour analyse pratiqué par un praticien non médecin	KB	11

ANNEXE N°02

**Evolution et nature des dépenses des
Etablissements Publics de Santé
(EPSP, EHS et CHU): de 1990 à 2009**

Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1990 à 2009

En millions de DA

RUBRIQUES	1990	%	1991	%	1992	%	1993
Personnel	9 720	74,33	15 367	76,46	18 774	75,08	19 431
Formation	729	5,58	808	4,02	881	3,52	830
Alimentation	456	3,49	589	2,93	600	2,40	600
Médicaments	801	6,13	1 690	8,41	2 671	10,68	3 000
Prévention	250	1,91	245	1,22	230	0,92	300
Matériel médical	300	2,29	355	1,77	400	1,60	500
Entretien infrastructures	300	2,29	240	1,19	240	0,96	300
Autres dépenses fonctionnement	500	3,82	785	3,91	1 178	4,71	1 000
Œuvres sociales		0,00		0,00		0,00	370
Recherches Médicales	20	0,15	20	0,10	30	0,12	30
Total	13 076	100,00	20 099	100,00	25 004	100,00	26 361

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1990 à 2009
(suite)**

En millions de DA

RUBRIQUES	1994	%	1995	%	1996	%	1997	%
Personnel	21 503	70,47	26 585	72,39	28 562	65,99	31 519	66,85
Formation	910	2,98	1 143	3,11	1 360	3,14	1 252	2,66
Alimentation	700	2,29	900	2,45	893	2,06	893	1,89
Médicaments	4 057	13,30	4 285	11,67	6 798	15,71	7 408	15,71
Prévention	470	1,54	500	1,36	1 161	2,68	1 161	2,46
Matériel médical	823	2,70	600	1,63	1 177	2,72	1 558	3,30
Entretien infrastructures	450	1,47	600	1,63	800	1,85	800	1,70
Autres dépenses fonctionnement	1 200	3,93	1 700	4,63	2 039	4,71	2 014	4,27
Œuvres sociales	370	1,21	384	1,05	460	1,06	523	1,11
Recherches Médicales	30	0,10	30	0,08	30	0,07	20	0,04
Total	30 513	100,00	36 727	100,00	43 280	100,00	47 148	100,00

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1990 à 2009
(suite)**

En millions de DA

RUBRIQUES	1998	%	1999	%	2000	%	2001	%
Personnel	33 916	68,34	36 312	66,88	37 185	67,57	45 664	69,37
Formation	1 327	2,67	1 338	2,46	1 327	2,41	1 523	2,31
Alimentation	893	1,80	937	1,73	1 024	1,86	1 055	1,60
Médicaments	7 405	14,92	9 258	17,05	8 240	14,97	8 986	13,65
Prévention	1 161	2,34	1 161	2,14	1 161	2,11	861	1,31
Matériel Médical	1 660	3,35	1 860	3,43	1 883	3,42	2 960	4,50
Entretien Infrastructures	800	1,61	800	1,47	1 161	2,11	1 419	2,16
Autres dépenses Fonctionnement	1 921	3,87	1 997	3,68	2 326	4,23	2 589	3,93
Œuvres sociales	523	1,05	609	1,12	705	1,28	744	1,13
Recherches Médicales	20	0,04	20	0,04	20	0,04	20	0,03
Total	49 626	100	54 295	100	55 034	100	65 823	100

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1990 à 2009
(suite)**

En millions de DA

RUBRIQUES	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%
Personnel	50 671	65,25	53 948	60,64	58 057	60,62	59 406	58,99
Formation	1 647	2,12	1 907	2,14	2 187	2,28	2 275	2,26
Alimentation	1 202	1,55	1 354	1,52	1 828	1,91	1 813	1,80
Médicaments	13 513	17,40	17 381	19,54	17 633	18,41	20 000	19,86
Prévention	1 761	2,27	2 434	2,74	2 608	2,72	2 730	2,71
Matériel Médical	3 186	4,10	4 304	4,84	4 952	5,17	4 177	4,15
Entretien Infrastructures	1 491	1,92	2 300	2,59	2 730	2,85	3 000	2,98
Autres dépenses Fonctionnement	3 393	4,37	4 436	4,99	4 701	4,91	6 040	6,00
Œuvres sociales	769	0,99	864	0,97	1 037	1,08	1 226	1,22
Recherches Médicales	20	0,03	40	0,04	40	0,04	45	0,04
Total	77 657	100	88 968	100	95 775	100	100 713	100

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Evolution et nature des dépenses des Etablissements Publics de Santé (EPSP, EHS et CHU): de 1990 à 2009
(suite)**

En millions de DA

RUBRIQUES	2006	%	2007	%	2008	%	2009
Personnel	66 476	59,69	80 211	55,26	106 767	55,07	112 578
Formation	2 560	2,30	3 241	2,23	5 825	3	8 000
Alimentation	3 200	2,87	3 469	2,39	5 109	2,64	6 530
Médicaments	19 600	17,60	30 036	20,69	40 124	20,69	44 498
Prévention	3 400	3,05	3 327	2,29	4 921	2,54	8 000
Matériel médical	5 000	4,49	9 500	6,55	9 937	5,13	10 000
Entretien infrastructures	3 622	3,25	5 153	3,55	7 748	3,86	8 500
Autres dépenses fonctionnement	5 768	5,18	8 455	5,83	11 957	6,17	12 500
Œuvres sociales	1 689	1,52	1 701	1,17	1 720	0,89	1 808
Recherches Médicales	45	0,04	48	0,03	50	0,03	50
Total	111 361	100	145 145	100	193 890	100	212 464

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

ANNEXE N°03

**Le nouveau statut des Etablissements
Hospitaliers et Universitaires (EHU)
d'Oran, Ain-Timouchent, Skikda, Ain El
Turk, Ain Azel gérés en Etablissement Public
à Caractère Spécifique (EPCS)**

Décret présidentiel n° 03-270 du 14 Jomada Ethania 1424 correspondant au 13 août 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran.

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 77-6°, 78 et 125 (alinéa 1er) ;

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national,

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la cour des comptes;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales;

Vu le décret n° 275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales;

Décrète :

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er} : Il est créé un établissement hospitalier et universitaire à Oran régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret.

Article 2 : L'établissement hospitalier et universitaire d'Oran, ci-après dénommé, par abréviation, « E, H, U », est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative du ministre de santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Article 3 : La tutelle pédagogique prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 ci-dessus porte sur l'ensemble des actes relatifs à : l'organisation des activités pédagogiques et scientifiques de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ; la fixation des conditions d'accès et d'orientation des étudiants ; l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation supérieure et à la recherche en sciences médicales.

CHAPITRE II MISSIONS

Article 4 : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale.

Dans ce cadre, l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) a notamment pour missions :

1/ En matière de santé :

D'assurer des activités de haut niveau dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé ; d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de la santé ; de participer à l'élaboration de normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ; de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ; de développer toutes actions, méthodes, procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines et matérielles ; de développer, en son sein, des pôles d'excellence dans les domaines précités.

2/ En matière de formation:

D'assurer, en liaison avec les institutions de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents; d'initier toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

3/ En matière de recherche :

D'effectuer tous travaux de recherche en sciences de la santé et dans tous les domaines en rapport avec ses missions; d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins de formation supérieure et de recherche en sciences médicales. L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est également chargé de participer en relation avec les autorités concernées à la mise en synergie des institutions de santé pour assurer la cohérence et la hiérarchisation des soins dans la zone sanitaire couverte

Article 5 : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) peut conclure tout marché convention contrat ou accord avec tout organisme public ou privé national ou étranger.

Article 6 : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est tenu d'élaborer et d'exécuter :

Un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de formation supérieure, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ; un projet de qualité. Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation supérieure arrêtées. Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation supérieure concernées.

CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 7 : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général assisté dans l'exercice de ses prérogatives par un conseil scientifique.

Section 1 Le conseil d'administration

Article 8 : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- Un représentant du ministre chargé de la santé président ;
 - Un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
 - Un représentant du ministre chargé des finances ;
 - Un représentant du ministre chargé du travail ;
 - Le président du conseil scientifique de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U)
 - Le directeur général de l'Agence nationale de développement en sciences de la santé.
 - Le responsable de l'institution de formation en sciences médicales ;
 - Deux (02) représentants des personnels hospitalo-universitaires de rang magistral élus par leurs pairs ;
 - Un représentant des assurances économiques ;
 - Un représentant des organismes de sécurité sociale,
 - Un représentant de chaque catégorie d'établissement public de soins implanté dans la région couverte par l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).
 - Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;
 - Deux (02) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives ;
 - Deux (02) représentants des personnels élus par leurs pairs.
- Le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) participe aux réunions du conseil d'administration, à titre consultatif.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Le secrétariat du conseil d'administration est assuré par la direction générale de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).

Article 9 : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années renouvelable par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Article 10 : Le conseil d'administration délibère sur :

- La politique générale de l'établissement ;
- Les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;

Les états prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;

Les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités;

Le règlement intérieur et l'organigramme administratif de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;

Les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;

Les propositions de création et de suppression de structures hospitalo-universitaires ;

Les emprunts ;

La gestion financière de l'exercice écoulé ;

Les bilans d'activité.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par les ministres de tutelle ou par le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U). Il élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission prévue à l'article 18 du présent décret.

Article 11 : Le conseil d'administration se réunit, obligatoirement, en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 12 : L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

Article 13 : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est organisé en structures hospitalo-universitaires créées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Section 2 Le directeur général

Article 14 : Le directeur général de l'établissement hospitalier universitaire (E.H.U) est nommé par décret présidentiel.

Article 15 : Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

Il élabore des programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
Il agit au nom de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
Il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
Il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
Il établit les états prévisionnels des recettes et des dépenses ;
Il dresse le bilan et les tableaux des comptes de résultats ;
Il passe toutes conventions et tous accords contrats et marchés ;
Il établit les projets d'organigramme et de règlement intérieur de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;
Il élabore à la fin de chaque exercice un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

Section 3 Le conseil scientifique

Article16 : Le conseil scientifique est chargé de donner un avis sur :
Les programmes de santé de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) ;
Les projets de programme relatifs aux équipements médicaux ;
La création ou la suppression de structures hospitalo-universitaire ;
Les programmes de manifestations scientifiques et techniques ;
Les conventions de formation supérieure et de recherche en sciences médicales ;
Les programmes et projets de recherche, d'établissement, de communication et de qualité
L'organisation et l'évaluation des travaux de recherche ;
Les programmes de formation ;
L'évaluation des activités de soins, de formation supérieure et de recherche ;
Toute question d'intérêt scientifique qui lui est soumise par le directeur général.
Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Article17 : Le conseil scientifique se compose de douze (12) à quinze (15) membres élus, pour une durée de trois (3) ans, renouvelable une fois, par et parmi la communauté scientifique de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) et représentant les disciplines de ce dernier.
La liste de ces disciplines est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.
Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) ans, renouvelable.
Le conseil scientifique peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

Section 4 Les comités de l'établissement hospitalier universitaire

Article 18 : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est doté :
D'une commission de conciliation et de médiation ; d'un comité de pilotage du projet d'établissement prévu à l'article 6 du présent décret.
La composition et les modalités de fonctionnement de la commission et du comité prévus ci-dessus sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 19 : La commission de conciliation et de médiation prévue à l'article 18 ci-dessus est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de leur prise en charge.
Elle fait des propositions dans ce domaine et elle est informée de l'ensemble des recours formulés par les patients de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

Article 20 : En cas d'échec de la conciliation, la commission prévue à l'article 18 du présent décret rend des arbitrages susceptibles de recours auprès du conseil d'administration de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).

Article 21 : Le comité de pilotage prévu à l'article 18 du présent décret assiste le directeur général de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) dans l'élaboration du projet d'établissement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 22 : Le budget de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) comprend :

En recettes:

Les subventions de l'Etat ;
Les subventions des collectivités locales ;
Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
Les dotations exceptionnelles ;
Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels ;
Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation en vigueur ;
Les ressources découlant de la coopération internationale ;
Toutes ressources liées à l'activité de l'établissement.

En dépense :

Les dépenses de fonctionnement ;
Les dépenses d'équipement ;
Toutes autres dépenses liées à son activité.

Article 23 : Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 24 : Les comptes de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975 portant plan comptable national. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

Article 25 : Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U).

Article 26 : Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 27 : L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est soumis au contrôle a posteriori des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article28 : Pour atteindre ses objectifs, dans des activités qui lui sont assignées, l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

Article29 : Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

Article30 : Le présent décret sera publié au Journal Officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 14 Joumada Ethania 1424 correspondant au 13 août 2003.

Abdelaziz BOUTEFLIKA

Décret exécutif n°05-459 du 28 Chaoual 1426 correspondant au 30 novembre 2005 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier Ain Témouchent.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales :

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1er mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décète:

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Il est créé un établissement hospitalier à Ain Témouchent dénommé «Hôpital docteur Benaouada BENZERDJEB» régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

Article 2 : L'établissement de Ain Témouchent est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE II MISSIONS

Article 3 : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies;
- de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

Article 4 : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

Article 5 : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

Article 6 : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité. Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées. Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 7 : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

Section 1 Le conseil d'administration

Article 8 : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :
- un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
- un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
- deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
- le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Article 9 : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Article 10: Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

Article 11: Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois. Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 12: Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 13: Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Article 14: L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

Section 2 Le directeur général

Article 15: Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel.

Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Article 16: Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

Article 17: Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

Article 18: L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 3 Le conseil médical

Article 19: Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
 - la création et la suppression de services ;
 -

Article 20: Le conseil médical comprend:

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
 - un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

Article 21: Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 22: Le budget de l'établissement comprend :

En recettes:

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

En dépenses :

- Les dépenses de fonctionnement ;
- Les dépenses d'équipement ;
- Toutes autres dépenses liées à son activité.

Article 23: Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 24: Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

Article 25: Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

Article 26: Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 27: L'établissement est soumis au contrôle a posteriori des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 28: Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

Article 29: Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

Article 30: Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 28 Chaoual 1426 correspondant au 30 novembre 2005.

Ahmed OUYAHIA.

Décret exécutif n° 06-143 du 27 Rabie El Aouel 1427 correspondant au 26 avril 2006 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier de Skikda.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales :

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 04-136 du 29 Safar 1425 correspondant au 19 avril 2004 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 05-161 du 22 Rabie El Aouel 1426 correspondant au 1er mai 2005 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Décète:

CHAPITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Il est créé un établissement hospitalier à Skikda régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

Article 2 : L'établissement de Skikda est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.
Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE II MISSIONS

Article 3 : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies;
- de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

Article 4 : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

Article 5 : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

Article 6 : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées.

Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 7 : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

Section 1 Le conseil d'administration

Article 8 : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :
- un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
- un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
- deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
- le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Article 9 : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Article 10: Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

Article 11: Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois. Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 12: Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 13: Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Article 14: L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

Section 2 Le directeur général

Article 15: Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Article 16: Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

Article 17: Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;

- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

Article 18: L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 3 Le conseil médical

Article 19: Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
 - la création et la suppression de services ;

Article 20: Le conseil médical comprend:

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

Article 21: Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 22: Le budget de l'établissement comprend :

En recettes:

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;

- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

En dépenses :

- les dépenses de fonctionnement ;
- les dépenses d'équipement ;
- toutes autres dépenses liées à son activité.

Article 23: Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 24: Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

Article 25: Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

Article 26: Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 27: L'établissement est soumis au contrôle a posteriori des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 28: Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

Article 29: Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

Article 30: Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 27 Rabie El Aouel 1427 correspondant au 26 avril 2006.

Ahmed OUYAHIA.

Décret exécutif n° 06-384 du 5 Chaoual 1427 correspondant au 28 octobre 2006 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier de Ain Turck, wilaya d'Oran.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales :

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du

Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du

Gouvernement ;

Décète:

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Il est créé un établissement hospitalier à Ain Turck, wilaya d'Oran régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

Article 2 : L'établissement de Ain Turck est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE II MISSIONS

Article 3 : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies;
 - de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

Article 4 : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

Article 5 : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

Article 6 : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées.

Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 7 : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

Section 1 Le conseil d'administration

Article 8 : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;
- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :
 - un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
 - un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
 - deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
 - le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Article 9 : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Article 10: Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

Article 11: Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 12: Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.
Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 13: Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.
Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Article 14: L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

Section 2 Le directeur général

Article 15: Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Article 16: Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 17: Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

Article 18: L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 3 Le conseil médical

Article19: Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
 - la création et la suppression de services ;

Article20: Le conseil médical comprend:

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

Article 21: Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 22: Le budget de l'établissement comprend :

En recettes:

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;

- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

En dépenses :

- Les dépenses de fonctionnement ;
- Les dépenses d'équipement ;
- Toutes autres dépenses liées à son activité.

Article 23: Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 24: Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

Article 25: Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

Article 26: Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 27: L'établissement est soumis au contrôle a posteriori des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 28: Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

Article 29: Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

Article 30: Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Chaoual 1427 correspondant au 28 octobre 2006.
Abdelaziz BELKHADEM.

Décret exécutif n° 06-384 du 5 Chaoual 1427 correspondant au 28 octobre 2006 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier de Ain Turck, wilaya d'Oran.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales :

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du

Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du

Gouvernement ;

Décrète:

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Il est créé un établissement hospitalier à Ain Turck, wilaya d'Oran régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

Article 2 : L'établissement de Ain Turck est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE II MISSIONS

Article 3 : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies;
 - de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

Article 4 : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

Article 5 : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

Article 6 : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées.

Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 7 : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

Section 1 Le conseil d'administration

Article 8 : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :
- un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
- un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
- deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
- le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Article 9 : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Article 10: Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

Article 11: Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 12: Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 13: Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Article 14: L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

Section 2 Le directeur général

Article 15: Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Article 16: Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

Article 17: Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;

- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;
- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

Article 18: L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 3 Le conseil médical

Article 19: Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
 - la création et la suppression de services ;

Article 20: Le conseil médical comprend:

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit eu son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

Article 21: Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois. Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 22: Le budget de l'établissement comprend :

En recettes:

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

En dépenses :

Les dépenses de fonctionnement ;
Les dépenses d'équipement ;
Toutes autres dépenses liées à son activité.

Article 23: Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 24: Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

Article 25: Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

Article 26: Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 27: L'établissement est soumis au contrôle a posteriori des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 28: Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

Article 29: Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

Article 30: Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 5 Chaoual 1427 correspondant au 28 octobre 2006.
Abdelaziz BELKHADEM.

Décret exécutif n° 06-422 du du Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier de Ain Azel- wilaya de Sétif.

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) :

Vu l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, modifiée et complétée, portant plan comptable national ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988 portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son titre III ;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995 relative à la Cour des comptes ;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales :

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret présidentiel n° 06-175 du 26 Rabie Ethani 1427 correspondant au 24 mai 2006 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 06-176 du 27 Rabie Ethani 1427 correspondant au 25 mai 2006 portant nomination des membres du

Gouvernement ;

Décète:

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1^{er} : Il est créé un établissement hospitalier à Ain Azel, wilaya de Sétif régi par les lois et règlements en vigueur et les dispositions du présent décret, désigné ci-après "l'établissement".

Article 2 : L'établissement de Ain Azel est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE II MISSIONS

Article 3 : Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes. A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- d'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;
- d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- de participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- d'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies;
 - de proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

Article 4 : L'établissement peut servir de terrain de formation médicale, paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions conclues avec les établissements d'enseignement et de formation.

Article 5 : Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités, l'établissement peut conclure tout marché, convention, contrat ou accord, avec tout organisme public ou privé, national ou étranger.

Article 6 : L'établissement est tenu d'élaborer et d'exécuter:

- un projet d'établissement fixant les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de la formation, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information ;
- un projet de qualité.

Les projets prévus ci-dessus s'inscrivent, obligatoirement, dans le cadre des politiques de santé et de formation arrêtées.

Des contrats d'objectifs sont conclus avec les autorités sanitaires et de formation concernées.

CHAPITRE III ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 7 : L'établissement est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général, assisté dans l'exercice de ses missions par un conseil médical.

Section 1 Le conseil d'administration

Article 8 : Le conseil d'administration comprend les membres suivants :

- un représentant du ministre chargé de la santé, président ;
- un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

- un représentant du ministre chargé des finances ;
- un représentant des assurances économiques ;
- un représentant des organismes de sécurité sociale ;
- un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège de l'établissement ;
- un représentant de l'assemblée populaire communale siège de l'établissement ;
- deux (2) représentants des associations d'usagers désignés par le ministre chargé de la santé parmi les associations les plus représentatives :
- un (1) représentant du personnel médical élu par ses pairs ;
- un (1) représentant du personnel paramédical élu par ses pairs ;
- deux (2) représentants des personnels élus par leurs pairs ;
- le président du conseil médical de l'établissement

Le directeur général de l'établissement participe aux réunions du conseil d'administration, avec voix consultative et en assure le secrétariat

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux

Article 9 : Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.

Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Article 10: Le conseil d'administration délibère sur :

- la politique générale de l'établissement ;
- les projets annuels et pluriannuels prévus à l'article 6 du présent décret ;
- les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses, les opérations d'investissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
- le projet de budget de l'établissement ;
- les plans de recrutement et de formation des personnels ainsi que les rémunérations et les indemnités ;
- le règlement intérieur et l'organisation de l'établissement ;
- les conventions, accords, contrats et marchés prévus à l'article 5 du présent décret ;
- les propositions de création et de suppression de services ;
- les emprunts ;
- la gestion financière de l'exercice écoulé ;
- les bilans et le rapport d'activités.

Le conseil d'administration examine toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de tutelle ou par le directeur général de l'établissement. Il adopte son règlement intérieur lors de sa première session.

Le conseil d'administration délibère, au moins, une fois par an, sur la politique de l'établissement, en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge des malades.

Article 11: Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une (1) fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Article 12: Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité des membres présents. Si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants, et ses membres peuvent alors délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial coté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Article 13: Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion.

Les délibérations du conseil d'administration sont exécutoires trente (30) jours à compter de leur réception par l'autorité de tutelle sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

Article 14: L'ordre du jour de chaque réunion est arrêté par le président du conseil d'administration, sur proposition du directeur général. Il est communiqué à chacun des membres, quinze (15) jours avant la date fixée pour chaque session. Ce délai peut être réduit pour les sessions extraordinaires sans toutefois être inférieur à huit (8) jours.

Section 2 Le directeur général

Article 15: Le directeur général de l'établissement est nommé par décret présidentiel. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Article 16: Le directeur général de l'établissement est assisté d'un secrétaire général et de directeurs, nommés par arrêté du ministre chargé de la santé

Article 17: Le directeur général est chargé de la réalisation des objectifs assignés à l'établissement et veille à l'exécution des programmes arrêtés par le conseil d'administration.

Il assure la gestion de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur.

A ce titre :

- il élabore les programmes d'activités et les soumet au conseil d'administration ;
- il agit au nom de l'établissement et le représente en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du personnel ;
- il recrute, nomme et met fin aux fonctions des personnels placés sous son autorité, à l'exception des personnels pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il établit les comptes prévisionnels des recettes et des dépenses ;
- il élabore le projet de budget de l'établissement ;

- il dresse le bilan et les comptes de résultats ;
- il passe toutes conventions et tous accords, contrats et marchés ;
- il établit les projets d'organisation et de règlement intérieur de l'établissement ;
- il élabore, à la fin de chaque exercice, un rapport annuel d'activités accompagné de tableaux de comptes des résultats qu'il adresse aux autorités concernées.

Article 18: L'organisation de l'établissement est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 3 Le conseil médical

Article 19: Le conseil médical est chargé de donner un avis sur :

- les programmes de santé de l'établissement ;
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux ;
 - la création et la suppression de services ;
 -

Article 20: Le conseil médical comprend:

- les responsables des services médicaux ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie ;
- un chirurgien-dentiste, désigné par le directeur général ;
- un paramédical, élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président

Le mandat des membres du conseil est d'une durée de trois (3) ans, renouvelable.

Le conseil médical peut faire appel à toute personnalité scientifique ou tout expert pouvant contribuer utilement à ses travaux en raison de ses compétences.

Article 21: Le conseil médical se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire une (1) fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir, en session extraordinaire, à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général de l'établissement.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 22: Le budget de l'établissement comprend :

En recettes:

- les subventions de l'Etat ;
- les subventions des collectivités locales ;
- les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- les dotations exceptionnelles ;
- les fonds propres liés à son activité ;

En dépenses:

Les dépenses de fonctionnement ;

Les dépenses d'équipement;

Toutes autres dépenses liées à son activité.

Article 23: Les états prévisionnels annuels des recettes et des dépenses de l'établissement sont préparés par le directeur général et soumis, après délibération du conseil d'administration, à l'approbation du ministre chargé de la santé, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 24: Les comptes de l'établissement sont tenus conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 75-35 du 29 avril 1975, susvisée. La tenue de la comptabilité est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances.

Article 25: Un commissaire aux comptes est désigné conjointement par les ministres chargés des finances et de la santé auprès de l'établissement.

Article 26: Le bilan et les comptes d'exploitation, accompagnés du rapport annuel d'activités, sont adressés à l'autorité de tutelle, conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 27: L'établissement est soumis au contrôle a posteriori des organes habilités conformément aux lois et règlements en vigueur.

CHAPITRE V DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 28: Pour atteindre ses objectifs, dans le cadre des activités qui lui sont assignées, l'établissement est doté par l'Etat des moyens nécessaires à l'accomplissement de ses missions conformément aux dispositions réglementaires en la matière.

Article 29: Des textes ultérieurs préciseront, en tant que de besoin, les modalités d'application des dispositions du présent décret.

Article 30: Le présent décret sera publié au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le Aouel Dhou El Kaada 1427 correspondant au 22 novembre 2006.
Abdelaziz BELKHADEM.

ANNEXE N°04

La loi n° 85-05

**du 16 février 1985 relative à la
protection et à la promotion de la
santé**

Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, p. 122.

TITRE I

PRINCIPES ET DISPOSITIONS FONDAMENTAUX

Chapitre I

Principes fondamentaux

Article 1er. - La présente loi a pour objet de fixer les dispositions fondamentales en matière de santé et de concrétiser les droits et devoirs relatifs à la protection et à la promotion de la santé de la population.

Art. 2. - La protection et la promotion de la santé concourent au bien être physique et morale de l'homme et à son épanouissement au sein de la société, et constituent, de ce fait, un facteur essentiel du développement économique et social du pays.

Art. 3. - Les objectifs en matière de santé visent la protection de la vie de l'homme contre les maladies et les risques, ainsi que l'amélioration des conditions de vie et de travail, notamment par:

- le développement de la prévention;
- la distribution de soins répondant aux besoins de la population;
- la protection sanitaire prioritaire des groupes à risques;
- la généralisation de la pratique de l'éducation physique, des sports et des loisirs;
- l'éducation sanitaire.

Art. 4. - Le système national de santé se définit comme l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population.

Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.

Art. 5. - Le système national de santé est caractérisé par:

- la prédominance et le développement du secteur public;
- une planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique et social national;
- l'inter-sectorialité dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé;
- le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matières de santé;
- la complémentarité des activités de prévention, de soins et de

réadaptation;

- des services de santé décentralisés, sectorisés et hiérarchisés, en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population;
- l'organisation de la participation active et effective de la population à la détermination et à l'exécution des programmes d'éducation sanitaire;
- l'intégration des activités de santé quel que soit le régime d'exercice.

Chapitre II

Dispositions générales relatives aux services de santé

Art. 6. - La carte sanitaire constitue le schéma directeur du système national de santé.

Art. 7. - Le réseau sanitaire national est conçu de manière à offrir des soins de santé complets.

Art. 8. - Les soins de santé complets englobent:

- La prévention de la maladie à tous les niveaux;
- le diagnostic et le traitement de la maladie;
- la réadaptation des malades;
- l'éducation sanitaire.

Art. 9. - La création des différents types de structures sanitaires se fait selon les besoins de santé de la population et les caractères socio-économiques des différentes régions du territoire national, et les normes définies dans le cadre de la carte sanitaire.

Art. 10. - L'ensemble des structures sanitaires ou à vocation sanitaire relèvent de la tutelle du ministre chargé de la santé ou sont soumises à son contrôle technique, conformément à la réglementation en vigueur.

Art. 11. - Les structures sanitaires doivent être accessibles à toute la population avec le maximum d'efficacité et de facilité, dans le respect de la dignité humaine.

Art. 12. - Les structures sanitaires sont appelées à assurer des activités de formation et de recherche scientifique, conformément à la réglementation en vigueur.

Art. 13. - Les activités de formation et de recherche scientifique, qui se déroulent au sein des structures de santé, se font dans le strict respect du malade.

Art. 14. - L'organisation des différentes structures sanitaires, leur mission, leur dénomination et les modalités de leur fonctionnement sont définies par voie réglementaire.

Art. 15. - Peuvent être considérés comme structures à vocation sanitaire et dénommées centres de cure, l'ensemble des structures qui disposent de moyens thérapeutiques naturels, de sources thermales, de gisements de boue thérapeutique, d'algues marines, ou de conditions climatiques favorables aux traitements curatifs et préventifs.

Art. 16. - Sont considérées comme structures à vocation sanitaire et dénommées centres de réadaptation, les structures qui assurent la consultation et les soins de rééducation fonctionnelle physique ou mental.

Art. 17. - La création, l'extension, le changement d'affectation et la fermeture, temporaire ou définitive, de toute structure sanitaire ou à vocation sanitaire est soumise à l'autorisation préalable du ministre chargé de la santé.

Toutefois, la fermeture temporaire des structures susvisées, n'excédant pas une période de trois mois, est soumise à une autorisation préalable du wali.

Art. 18. - Les organismes et entreprises, détenteurs de monopole de fonctions économiques, assurent la production et la distribution des médicaments, sérums, vaccins, sang produits dérivés, équipements et matériels médicaux, dans les conditions fixées par la législation en vigueur.

Art. 19. - Les organismes et entreprises prévus à l'article 18 ci-dessus sont créés par voie réglementaire.

Chapitre III

Gratuité des soins

Art. 20. - Le secteur public constitue dans le cadre essentiel d'intervention de la gratuité des soins conformément à l'article 67 de la Constitution.

Art. 21. - L'Etat met en oeuvre tous les moyens destinés à protéger et à promouvoir la santé en assurant la gratuité des soins.

Art. 22. - Les prestations de soins définies comme étant l'ensemble des actions de santé publique, les actes de diagnostic, le traitement de l'hospitalisation des maladies, sont gratuites dans l'ensemble des structures sanitaires publiques.

Chapitre IV

La planification sanitaire

Art. 23. - La planification sanitaire s'insère dans le plan national de développement économique et social. Elle assure une répartition harmonieuse et rationnelle des ressources tant humaines que matérielles, dans le cadre de la carte sanitaire.

Art. 24. - La planification sanitaire définit les objectifs et fixe les moyens à mettre en oeuvre en matière:

- d'infrastructures;
- d'équipements;
- de ressources humaines;
- de programmes de formation;
- de programme de santé.

TITRE II

SANTE PUBLIQUE ET EPIDEMOLOGIE

Chapitre I

Dispositions générales

Art. 25. - On entend par santé publique, l'ensemble des mesures préventives, curatives, éducatives et sociales ayant pour but de préserver et d'améliorer la santé de l'individu et de la collectivité.

Art. 26. - On entend par épidémiologie, l'ensemble des activités dont l'objet est d'identifier les facteurs de l'environnement ayant un effet préjudiciable pour l'homme, en vue de leur réduction ou de leur élimination, et de déterminer les normes sanitaires visant à assurer des conditions saines de vie et de travail.

Art. 27. - La prévention générale remplit trois missions:

- prévenir les maladies, les blessures et les accidents:
- déceler les symptômes suffisamment à temps pour empêcher le déclenchement de la maladie;
- empêcher l'aggravation de la maladie quand elle s'est déclarée, pour éviter les séquelles chroniques et réaliser une réadaptation correcte.

Art. 28. - Il est institué un carnet de santé, afin de mieux suivre l'état de santé de la population, d'enregistrer de façon plus précise les vaccinations et les soins médicaux fournis.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 29. - Il est fait obligation à tous les organes de l'Etat, aux collectivités locales, entreprises, organismes, et la population, d'appliquer les mesures de salubrité, d'hygiène, de lutte contre les maladies épidémiques, de lutte contre la pollution du milieu, d'assainissement des conditions de travail, de prévention générale.

Art. 30. - Les normes et règles applicables à l'ensemble des secteurs du pays dans les domaines de salubrité, de l'hygiène, de la prévention, de l'éducation sanitaire, sont définies par voie réglementaire.

Art. 31. - Les infractions aux règles et aux normes de salubrité,

d'hygiène et de prévention générale, entraînent des sanctions disciplinaires ou administratives, sans préjudice des dispositions pénales.

Chapitre II

Mesures de protection du milieu et de l'environnement

Art. 32. - L'eau destinée à la boisson, à l'usage ménager et à l'usage corporelle, doit satisfaire aux normes définies par la réglementation, tant en qualité qu'en quantité.

Art. 33. - Pour l'adduction de l'eau destinée à la boisson et à l'usage ménager, il est établi des règles et normes de protection sanitaire pour assurer une qualité appropriée de l'eau.

Les modalités d'établissement de ces normes et règles sont fixées par voie réglementaire.

Art. 34. - Les agglomérations doivent disposer d'un approvisionnement en eau potable, d'un réseau d'égouts, de revêtement des chaussées, de zones de verdure, d'un système de nettoyage et d'un réseau de toilettes publiques.

Art. 35. - La production, la conservation et le transport des produits alimentaires, l'équipement de préparation, les matériaux d'emballage et la vente de ces produits, sont soumis au contrôle périodique de salubrité et d'hygiène.

Les modalités et formes de contrôles sont arrêtées par voie réglementaire.

Art. 36. - Les matériaux d'emballage présentant des dangers, scientifiquement prouvés, sont interdits.

Art. 37. - Les sociétés, entreprises et tout prestataire de service dans le domaine de l'alimentation, sont tenus d'assurer, à leurs travailleurs, des examens médicaux appropriés et périodiques.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 38. - L'emploi des substances chimiques pour la production et la conservation alimentaire, végétale, des produits phyto-sanitaires et de synthèse, est défini par voie réglementaire.

Art. 39. - La restauration en collectivité doit être conforme aux normes d'hygiène et de nutrition.

Art. 40. - L'occupation de maisons d'habitation, des édifices à caractères public, la mise en service des entreprises industrielles et toutes autres installations, sont subordonnées, pour les normes d'hygiène et de salubrité définies par la réglementation.

Art. 41. - Les responsables des organismes, établissement et entreprises, sont tenus d'assurer l'entretien des locaux de production et de vie, conformément aux règles et normes d'hygiène et de salubrité définies par la

réglementation.

Art. 42. - L'application des mesures visant à assurer le respect des règles et normes sanitaires de tous les lieux de vie, incombe aux collectivités locales.

Art. 43. - Le contrôle de l'exécution des règles sanitaires applicables à l'entretien de tous les lieux de vie, est effectué par les services de santé.

Art. 44. - La mise en service de toute entreprise est subordonnée au respect de la législation en vigueur en matière de protection de l'environnement.

Art. 45. - Les autorités compétentes sont habilitées à interdire, provisoirement, l'exploitation des établissements ou services qui peuvent causer un préjudice à la santé publique.

La décision de réouverture, autorisation l'exploitation des établissements ou services qui peuvent causer un préjudice à la santé publique.

La décision de réouverture, autorisant l'exploitation des établissements ou services, ne sera accordée que lorsque les conditions requises seront réunies.

Art. 46. - L'observation des règles de prévention à l'encontre du bruit est une obligation pour tous les citoyens.

Art. 47. - Les mesures de protection contre les méfaits du bruit dans les locaux d'habitation de travail, dans les rues et villes du pays, seront définies conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 48. - Le contrôle de l'exécution des règles de lutte contre le bruit se fait conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 49. - La production, la conservation, le transport, l'application et l'enfouissement des substances radio-actives, des substances toxiques, doivent s'effectuer conformément à la législation en vigueur, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Art. 50. - La production, le traitement, l'élaboration, la détention, le transport et l'utilisation des substances et préparations radio-actives et la détention, la collecte, le transport, le traitement et l'évacuation définitive des déchets contenant une matière radio-active, de même que la fabrication des instruments et équipements contenant une source de rayonnement ionisant ou émettant de tels rayonnement, et leur utilisation et mise en exploitation, ne peuvent se faire que dans les conditions techniques ne portant pas préjudice à la santé publique.

Art. 51. - Lorsqu'une personne, un animal ou un objet est présumé avoir subi un dommage dû aux rayonnements ou est contaminé par une substance radio-active les services sanitaires de la population, les dispositions nécessaires pour écarter le danger.

Prévention et lutte contre les maladies transmissibles

Art. 52. - Les walis, les responsables des organismes publics, les services sanitaires et les présidents d'A.P.C. assurent, en temps opportun, la mise en application de mesures pour prévenir l'apparition d'épidémie, et l'élimination de la source à l'origine des causes de maladies qui apparaissent.

Art. 53. - Les personnes atteintes de maladies contagieuses et qui constituent une source de contamination doivent subir un traitement hospitalier ou ambulatoire, les personnes en contact avec les malades doivent subir un contrôle médico-sanitaire et peuvent être soumises à un traitement préventif.

La liste des maladies contagieuses est arrêtée par voie réglementaire.

Art. 54. - Tout médecin est tenu de déclarer immédiatement, aux services sanitaires concernés, toute maladie contagieuse diagnostiquée, sous peine des sanctions administratives et pénales.

Art. 55. - En vue de la prévention des maladies infectieuses, les habitants sont soumis à la vaccination obligatoire et gratuite.

La liste des maladies transmissibles nécessitant une vaccination obligatoire est fixée par voie réglementaire.

Art. 56. - Le contrôle sanitaire aux frontières a pour objet de prévenir la propagation par voie terrestre, aérienne ou maritime des maladies transmissibles, en application des lois et règlements en vigueur.

Art. 57. - Le service du contrôle sanitaire aux frontières exerce son action au moyen de postes sanitaires implantés dans les ports, les aéroports et les localités contrôlant des accès routiers ou ferroviaires du territoire national.

Les services du contrôle sanitaire aux frontières sont placés sous l'autorité du ministre chargé de la santé.

Art. 58. - Les médecins et agents des services du contrôle sanitaire aux frontières, procèdent aux investigations sanitaires et peuvent dresser des procès-verbaux de contravention. Lors de leur entrée en fonction, ils prêtent serment devant le tribunal de la résidence à laquelle ils sont initialement affectés.

Art. 59. - Tout ressortissant algérien se rendant à l'étranger, dans un pays où existe une des maladies soumises au règlement sanitaire international, doit subir obligatoirement, avant son départ les vaccinations requises et se munir, éventuellement, du traitement chimioprophylactique adéquat.

Art. 60. - Il est nécessaire de soumettre à un examen médical ou, le cas échéant, sanitaire, compte tenu des accords internationaux en vigueur, les personnes et les moyens de transports et leur personnel et chargement, en provenant d'un territoire étranger contaminé par une maladie infectieuse prévue par la loi et de prendre, en fonction du résultat de cet examen les mesures qui s'imposent pour empêcher une propagation éventuelle de

l'infection.

La personne atteinte, ou présumée atteinte d'une maladie infectieuse peut également être soumise à quarantaine.

Les objets ou substances contaminés peuvent, si nécessaire, être détruits. Cette mesure ne donne pas lieu à une indemnisation.

Chapitre IV

Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles prévalentes et les fléaux sociaux

Art. 61. - Les structures sanitaires et le personnel sanitaire organisent, avec le concours et l'assistance des autorités et organismes publics, des campagnes et des actions de prévention contre les maladies non transmissibles et les fléaux sociaux.

Les services de santé participent également aux actions de prévention des accidents.

Art. 62. - Le ministre de la santé établit la liste des maladies non transmissibles qui nécessitent la tenue d'un dossier, par malade, afin de lui assurer le traitement spécialisé approprié dans les structures à caractère sanitaire aménagées à cet effet ainsi que sa réadaptation et sa réinsertion sociale.

Art. 63. - L'usage du tabac est interdit dans les lieux publics. La liste de ces lieux et les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 64. - Toutes les parties concernées veillent à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme par l'éducation sanitaire et l'information.

Art. 65. - La publicité pour les tabacs et alcools est interdite.

Art. 66. - La vente des tabacs est subordonnée à l'apposition, sur l'emballage, d'une étiquette portant la mention "La consommation du tabac est nocive pour la santé".

Chapitre V

Mesures de protection maternelle et infantile

Art. 67. - La famille bénéficie de la protection sanitaire pour sauvegarder et promouvoir les conditions de santé et d'équilibre psycho-affectif de ses membres.

Art. 68. - La protection maternelle et infantile est l'ensemble des mesures médicales, sociales, administratives, ayant pour but, notamment:

- de protéger la santé de la mère en lui assurant les meilleures conditions médicales et sociales aussi bien avant, pendant, qu'après la grossesse;

- de réaliser les meilleures conditions de santé et de développement psycho-moteur de l'enfant.

Art. 69. - L'assistance médicale dispensée doit permettre de sauvegarder la grossesse, de dépister les affections "In-utéro" et d'assurer la santé et le développement de l'enfant à naître.

Art. 70. - L'espacement des grossesses fait l'objet d'un programme national destiné à assurer un équilibre familial harmonieux et à préserver la vie et la santé de la mère et de l'enfant.

Art. 71. - Des moyens appropriés sont mis à la disposition de la population afin d'assurer la mise en oeuvre du programme national en matière d'espacement des grossesses.

Art. 72. - L'avortement dans un but thérapeutique est considéré comme une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère du danger, ou préserver son équilibre physiologique et mental gravement menacé.

L'avortement est effectué par un médecin dans une structure spécialisée, après un examen médical conjoint avec un médecin spécialiste.

Art. 73. - Les modalités d'assistance médico-sociale, visant la prévention efficace des abandons d'enfants, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 74. - Les enfants sont pris en charge en matière de surveillance médicale, de prévention, de vaccination, d'éducation sanitaire et de soins, selon des modalités fixées par les services de santé.

Art. 75. - L'ouverture et le fonctionnement de crèches et garderies d'enfants est subordonnée au respect des normes d'hygiène et à la réglementation en vigueur.

Chapitre VI

Mesures de protection en milieu de travail

Art. 76. - La protection sanitaire en milieu de travail a pour but d'élever le niveau de la capacité de travail et de création, d'assurer une prolongation de la vie active des citoyens, de prévenir les atteintes pathologiques engendrées par le travail, d'en diminuer la fréquence, de réduire les cas d'invalidité et d'éliminer les facteurs ayant une influence nocive sur la santé des citoyens.

Les modalités d'application du présent article précisées par voie réglementaire.

Chapitre VII

Mesures de protection sanitaire en milieu éducatif

Art. 77. - La protection sanitaire vise la prise en charge de la santé des élèves, des étudiants et des enseignants, dans leur milieu éducatif, scolaire, universitaire ou professionnel, par:

- le contrôle de l'état de santé de chaque élève, étudiant et

enseignants, et de toute autre personne ayant un contact direct ou indirect avec eux;

- les activités d'éducation sanitaire;

- le contrôle de l'état de salubrité des locaux et dépendances de tout établissement d'enseignement et de formation.

Art. 78. - Les activités d'hygiène, de prévention et de soins de premier secours sont l'une des tâches principales des structures éducatives et de leur personnel.

L'exécution des activités sanitaires est assurée par les services par les services de santé, d'une façon coordonnée avec les établissements éducatifs et les collectivités locales.

Art. 79. - La participation de l'éducation physique est à encourager dans tous les établissements d'enseignement et de formation.

Art. 80. - La pratique de l'éducation physique doit être régulière, équilibrée, adaptée à l'âge et à la constitution physique des jeunes.

Les participations aux compétitions sportives sont soumis à un examen d'aptitude physique et à un contrôle médical régulier.

Art. 81. - Toute activité sportive dans les établissements d'enseignement et de formation est soumise au contrôle médical périodique.

Art. 82. - Les ministres concernés, chacun dans son domaine, fixent les conditions et les modalités d'application des dispositions visées aux articles du présent chapitre.

Chapitre VIII

Protection et promotion de la santé par l'éducation physique et sportive

Art. 83. - Dans le but de protéger et d'améliorer la santé de la population, tous les secteurs d'activité nationale sont tenus d'organiser des activités physiques et sportives.

Les programmes de ces activités sont adaptés à l'âge, au sexe à l'état de santé et aux conditions de vie de travail de la population.

Art. 84. - Les collectivités locales, les organismes et entreprises doivent prévoir dans les projets de construction, l'installation de structures et d'équipements de culture physique et de sport appropriés, dans les agglomérations, auprès des établissements pour enfants, des établissements de formation, des entreprises et de tout autre collectif organisé.

Art. 85. - Les personnes candidates à la pratique du sport de haute performance sont soumises aux normes et règles de médecine relative à l'éducation physique et sportive, pour déterminer leur aptitude médicale et biologique, surveiller leur adaptabilité psycho-somatique aux charges intensives répétées et améliorer leurs performances sportives.

Art. 86. - Il est interdit d'utiliser des produits de dopage dans le but d'élever, de manière artificielle, le niveau des performances sportives.

Art. 87. - Un dispositif de secours est mis en place pour la couverture sanitaire des manifestations sportives.

Art. 88. - Les modalités d'application des dispositions du présent chapitre sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre IX

Mesures de protection des personnes en difficulté

Art. 89. - Est considéré comme personne en difficulté, tout enfant, adolescent, adulte ou personne âgée atteint:

- soit d'une déficience psychologique ou anatomique:
- soit d'une incapacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain;
- soit d'un handicap qui limite ou interdit une vie sociale normale.

Art. 90. - Les personnes en difficulté ont droit à la protection sanitaire et sociale, conformément à la législation en vigueur.

Art. 91. - Les actions en faveur des personnes en difficulté doivent être marquées par le respect de la personne humaine et ménager leur dignité et leur sensibilité particulière.

Art. 92. - Les personnes en difficulté bénéficient de soins appropriés, de la rééducation et de l'appareillage.

Art. 93 .- Les mesures appropriées pour la prévention de l'incapacité, de la rééducation, la réadaptation et l'insertion dans la vie sociale des personnes atteintes de déficience, d'incapacité ou d'un handicap, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 94. - Le personnel médical et les autres personnes nécessaires à la prise en charge des personnes en difficultés exercent leurs activités dans les établissements correspondants selon, des dispositions fixées par voie réglementaire.

Art. 95. - Les services de santé assurent la couverture sanitaire et veillent, en liaison avec les services concernés, au respect des normes d'hygiène et de sécurité des établissements spécialisés pour les personnes en difficulté, conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

Chapitre X

L'éducation sanitaire

Art. 96. - L'éducation sanitaire est une obligation dévolue à l'Etat, conformément aux dispositions de la présente loi.

Art. 97. - L'éducation sanitaire a pour but de contribuer au bien être de la population par l'acquisition des connaissances nécessaires, notamment en matière:

- d'hygiène et collective:
- de protection de l'environnement:
- de nutrition saine et équilibrée:
- de prévention des maladies et des accidents:
- de consommation des médicaments:
- de lutte contre les pratiques nocives:
- de promotion de l'éducation physique et sportive.

Art. 98. - L'éducation sanitaire dans le monde du travail vise à créer les conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires à la prévention des risques et maladies professionnelles.

Art. 99. - Les principaux domaines d'intervention de l'éducation pour la santé sont:

- l'éducation des enfants et des jeunes en matière d'hygiène, de prévention et de premier secours;
- l'intégration de l'éducation sanitaire dans le programme général d'enseignement;
- la promotion des campagnes d'éducation sanitaire concernant des groupes à risques.

Art. 100. - Les activités d'éducation sanitaire s'exercent sur la base d'un plan unifié d'éducation sanitaire, établi et mis en oeuvre par le ministre chargé de la santé, en collaboration avec les instances concernées.

Art. 101. - La promotion de la santé est mise en oeuvre de façon globale et intégrée, par un programme national d'éducation sanitaire des masses s'appuyant sur l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 102. - Les conditions et les modalités d'application du programme d'éducation sanitaire sont fixées par voie réglementaire.

TITRE III

SANTE MENTALE

Chapitre I

Traitement des malades mentaux

Section 1

Structures

Art. 103. - Les malades mentaux sont pris en charge dans l'une des structures suivantes:

- établissements hospitaliers spécialisés psychiatriques;
- services psychiatriques et services des urgences psychiatriques des hôpitaux généraux;
- unité du réseau sanitaire de base.
- unité du réseau sanitaire de base.

Art. 104. - Il est créé des unités hospitalières ou extra-hospitalières destinées à la prévention, au dépistage, au traitement ou à la prise en charge d'enfants et d'adolescents des deux sexes, âgés de moins de 16 ans, dont les troubles ou les déficiences mentales constituent, soit l'unique maladie, soit la maladie principale.

Section 2

L'hospitalisation en service ouvert

Art. 105. - L'hospitalisation et la sortie d'un malade en service ouvert de psychiatrie n'est soumise à aucune réglementation particulière.

L'hospitalisation en service ouvert fait suite à l'établissement, par le médecin psychiatre dudit service, d'un billet d'admission rédigé selon les règles d'admission en usage en ce domaine.

Section 3

La mise en observation

Art. 106. - La mise en observation d'un maladie mentale s'effectue dans un service psychiatrique.

Art. 107. - La présentation peut avoir lieu:

- soit par le malade lui-même;
- soit à l'autorité médicale d'un service spécialisé, par la famille du malade ou par son représentant légal;
- soit à l'autorité médicale d'un service psychiatrique, par toute personne publique prenant intérêt du malade, wali, président d'assemblée populaire communale, commissaire de police, responsable de gendarmerie ou leur représentants dûment mandaté.

Art. 108. - La personne qui aura présenté le malade est tenue d'accompagner celui-ci pendant les phases médicales et administratives de son hospitalisation, aux fins de fournir tous renseignements utiles.

Art. 109. - La mise en observation reste, dans tous les cas, subordonnée à la décision du médecin psychiatre de l'établissement auquel le mandat aura

été présenté dans les formes décrites ci-dessus.

La mise en observation ne devient effective, qu'après établissement, au nom du malade, par le médecin psychiatre du service, d'un bulletin d'administration pour mise en observation.

Art. 110. - Toute personne physique privée ou publique, qui aura usé de la mise en observation d'une tierce personne, dans un but manifestement autre que celui de l'intérêt de celle-ci, sera passible de poursuites et de sanctions pénales.

Art. 111. - Seul le procureur général près la cour, ou le wali, sont habilités à prendre une décision d'examen psychiatrique d'office.

La demande d'examen psychiatrique d'office devra être, obligatoirement, introduite par un certificat médical établi par tout médecin attestant les troubles mentaux présentés par le malade et le danger de ce dernier, conformément aux dispositions de l'article 113 ci-dessous.

Art. 112. - Dans le cas où l'autorité publique le juge utile, notamment lorsqu'un danger estimé imminent est encouru, du fait de la maladie, par le malade lui-même ou par autrui, une décision d'examen psychiatrique d'office peut être prise par l'apposition au formulaire de demande d'examen psychiatrique de la mention "examen psychiatrique d'office".

Art. 113. - Le certificat médical visé à l'article 111 ci-dessus, destiné au wali ou au procureur général, devra être conclu par le formule: "ce malade doit être conclu par la formule: "ce malade doit être examiné d'office dans un service ou hôpital psychiatrique".

Art. 114. - Nul ne peut certifier la nécessité de l'examen d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un conjoint, d'un collatéral, frère ou soeur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

Art. 115. - Nul ne peut décider l'examen d'office d'un parent ascendant ou descendant, d'un collatéral, frère ou soeur, d'un oncle, d'une tante, ni de leurs conjoints respectifs.

Section 4

Le placement volontaire

Art. 116. - Au terme ou au cours de la mise en observation, le malade peut être placé sous le régime du placement volontaire, sur proposition d'un médecin psychiatrique de l'établissement.

L'accord de la famille du malade ou représentant dûment mandaté de celle-ci est requis, nécessaire et suffisant, pour toute transformation de mise en observation en placement volontaire.

L'accord de la famille du malade sera matérialisé par une demande de placement volontaire dont la teneur sera transcrite sur un registre ad-hoc.

L'exemplaire de cette demande de placement volontaire, reçu par le médecin psychiatre de l'établissement, signé et revêtu de son accord, sera déposé à la direction de l'établissement, à l'effet d'y être conservé et

présenté à toute réquisition des autorités compétentes.

Art. 117. - Dans le cas où le malade, n'ayant pas de famille, est majeur et civilement capable, il peut lui-même établir la demande de placement volontaire le concernant. Dans le cas où la malade, n'ayant pas de famille, est mineur ou civilement incapable toute personne prenant son intérêt, à l'exception du médecin psychiatre de l'établissement, pourra être désignée, par le procureur de la République curateur ou tuteur du malade et remplira, à l'un de ces titres, la demande de placement volontaire.

Art. 118. - Dans les cas prévus par les articles 116 et 117 ci-dessus, la demande de placement volontaire ainsi que les décisions éventuelles du procureur général près la cour, seront acheminées et conservées suivant la procédure décrite au présent chapitre.

Art. 119. - La mesure de placement volontaire est prise pour une durée indéterminée.

Art. 120. - La mesure de placement volontaire est soumise aux mesures de contrôle prévues au chapitre II du présent titre.

Art. 121. - La sortie d'un malade en placement volontaire se fera:

- soit sur l'initiative du médecin psychiatre de l'établissement;
- soit sur la demande du malade lui-même, quand il est majeur et civilement responsable;
- soit obligatoirement, dès qu'une requête de sortie est écrite, signée et remise ou transmise au médecin de l'établissement par la personne qui a demandé le placement volontaire;
- soit par une des personnes ci-après désignées qui pourra demander et obtenir automatiquement sauf opposition du malade majeur et civilement capable lui-même la sortie du malade en placement volontaire;

- un ascendant direct du malade,
- un ascendant direct majeur du malade
- le conjoint du malade,
- un collatéral majeur du malade, du frère ou soeur
- l'oncle ou la tante directs et majeur du malade,
- le curateur ou tuteur du malade.

Section 5

L'hospitalisation d'office

Art. 122. - La mesure de placement volontaire peut être transformée en hospitalisation d'office conformément aux dispositions de la présente section.

Art. 123. - Au terme ou au cours de la mise en observation, le médecin psychiatre de l'établissement peut être prendre l'initiative de requérir une hospitalisation d'office.

Art. 124. - Sous réserve des dispositions prévues à l'article 129 ci-dessous, la décision d'hospitalisation d'office est prise par arrêté du wali, sur requête motivée du médecin de l'établissement lorsque la sortie du malade est susceptible d'entraîner un risque vital pour lui ou un danger pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes.

Art. 125. - Pour provoquer l'hospitalisation d'office, le médecin psychiatrique de l'établissement adresse, au wali, une requête dans laquelle il détaille les motifs pour lesquels il estime cette mesure nécessaire, les réactions dangereuses passées ou actuelles du malade et les risques que peut engendrer la sortie de celui-ci.

Si le wali, après expertise médicale, estime injustifiée la requête d'hospitalisation d'office, il le fait connaître au psychiatre et saisit obligatoirement la commission de santé mentale prévue à l'article 126 ci-dessous.

Art. 126. - La commission de santé mentale est composée:

- d'un représentant du wali,
- d'un magistrat ayant rang de président de chambre à la cour, président de la commission.
- de deux médecins spécialisés en psychiatrie.

La commission examine la décision du wali et conclut par le bien fondé ou le mal fondé de celle-ci. Les décisions de la commission sont exécutoires.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 127. - La décision d'hospitalisation d'office est prise pour six mois, au maximum et peut être renouvelée par arrêté du wali, selon les modalités prévues aux articles 124 et 125 ci-dessus.

Art. 128. - Sous peine de nullité de l'arrêté du wali, et sans préjudice des poursuites et des sanctions pénales encourues, le médecin psychiatrique de l'établissement ne peut, en aucun cas, requérir une hospitalisation d'office pour un malade membre de sa famille, en particulier: parents, ascendant ou descendant, conjoint, collatéral, frère ou soeur, oncle ou tante.

il ne peut requérir l'hospitalisation d'office pour les conjoints des personnes désignées à l'alinéa précédent.

Art. 129. - Nul ne peut prendre l'arrêté d'hospitalisation d'office concernant un parent ascendant, un conjoint, un collatéral, frère ou soeur un oncle, une tante, ni leurs conjoints respectifs.

Art. 130. - La sortie des malades hospitalisés d'office s'effectue dans les conditions suivantes.

Lorsque le médecin psychiatre de l'établissement estime opportune la sortie d'un malade hospitalisé d'office, il adresse au wali une requête motivée de levée d'hospitalisation d'office.

Cette requête de levée d'hospitalisation d'office devra parvenir au wali avant l'échéance fixée par le dernier arrêté d'hospitalisation d'office concernant le malade.

Un accord du wali, ou la simple notification du médecin psychiatre de l'établissement de la réception de la requête de levée d'hospitalisation d'office rend exécutoire, immédiatement et sans délai, la sortie du malade.

Le médecin psychiatre de l'établissement établit, à cet effet, un bulletin de sortie du malade, selon les règles habituelles de rédaction du bulletin de sortie en usage dans les services de santé.

Art. 131. - Dans le cas d'un avis défavorable, émis par le wali et transmis au médecin psychiatre de l'établissement, la sortie du malade hospitalisé d'office ne pourra s'effectuer avant l'échéance de la dernière période couverte par l'arrêté d'hospitalisation d'office.

Au terme de ce délai, le médecin psychiatre de l'établissement sera libre d'autoriser la sortie du malade en hospitalisation d'office.

Art. 132. - Dans les conditions décrites au 1er alinéa de l'article 131 ci-dessus, le wali et le médecin psychiatre de l'établissement peuvent exercer, séparément, un recours auprès de la commission de santé mentale, qui tranchera après double expertises dans des délais ne dépassant pas 2 mois à compter de la date d'introduction du ou des recours.

Le recours auprès de la commission de santé mentale pourra être exercé par la famille du malade.

Le recours auprès de la commission de santé mentale n'est pas suspensif des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 126 ci-dessus.

Art. 133. - Dans le cas où un malade hospitalisé d'office s'évaderait de l'établissement où il est maintenu en traitement, le médecin psychiatre de l'établissement est tenu de prévenir d'urgence le wali et de lui adresser un certificat de situation faisant état des risques éventuels réels ou supposés de développement de réaction.

Art. 134. - La sortie d'un malade hospitalisé d'office ne peut s'effectuer que dans les conditions prévues par les articles 130, 131 et 132 ci-dessus, hormis les cas où elle est décidée par la commission de santé mentale.

Art. 135. - L'hospitalisation d'office peut à tout moment, sur requête motivée du médecin psychiatre de l'établissement et par décision du wali, être transformée en placement volontaire.

Art. 136. - Les enfants et les adolescents non pervers, âgés de moins de 16 ans, ne peuvent faire l'objet de mesure d'examen psychiatrique d'office.

Art. 137. - Les personnes séniles, dont l'affaiblissement des facultés

psychiques constitue l'essentiel de la maladie, ne peuvent faire l'objet de mesure d'examen psychiatrique d'office ni de placement volontaire, ni d'hospitalisation d'office.

Art. 138. - Les malades visés aux articles 136 et 137 ci-dessus, seront hospitalisés dans les établissements prévus à l'article 103 ci-dessus, suivant les règles d'hospitalisation communes en usage dans les services de santé.

Chapitre II

Les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation

Art. 139. - Lorsque la mise en observation est transformée en placement volontaire ou en hospitalisation d'office, le médecin psychiatre de l'établissement devra établir un certificat descriptif.

Art. 140. - Le contenu du certificat relatif aux malades en hospitalisation d'office sera porté sans délai, à la connaissance du wali qui a ordonné l'hospitalisation d'office et à celle des autorités judiciaires suivantes:

- le procureur général près la cour dont relève la commune du domicile habituel du malade;

- le procureur général près la cour relève la commune, siège de l'établissement psychiatrique d'hospitalisation du malade.

Art. 141. - Il est interdit d'employer le malade mental à des travaux, quelle que soit leur forme ou leur nature, pendant l'hospitalisation. Dans tous les cas, seul le médecin psychiatre de l'établissement peut prescrire, sous son entière responsabilité, des travaux à caractère ergothérapie pour la réinsertion sociale du malade.

Art. 142. - Dans chaque établissement où est organisé un service d'examen psychiatrique d'office, de placement volontaire ou d'hospitalisation d'office, il est tenu un registre coté et paraphé par le président du tribunal.

Les indications à consigner dans le registre sont fixées par voie réglementaire.

Art. 143. - Le wali et le procureur général près la cour peuvent, à tout instant, demander un certificat de situation du malade hospitalisé d'office, au médecin psychiatre de l'établissement.

Art. 144. - Le wali ou les personnes spécialement déléguées par lui, à cet effet, le procureur général près la cour dont relève la commune, siège de l'établissement, le président de l'assemblée populaire communale, siège de l'établissement, le directeur de la santé de la wilaya, siège de l'établissement, toute personne dûment déléguée par le ministre chargé de la santé, à cet effet, exercent la surveillance et le contrôle des établissements visés au présent titre.

Ils sont chargés de visiter au moins deux fois par an ces établissements

aux fins de recevoir les réclamations des personnes qui y sont placées et de prendre à leur égard tout renseignement propre à faire connaître leur proposition ou à améliorer leur sort.

Lors de ces visites, ils doivent prendre connaissance du registre, des dossiers individuels et se faire présenter tout malade.

Chapitre III

La mise sous surveillance médicale

Art. 145. - Pour les malades susceptibles, faute de traitement continu ou réguliers, de devenir dangereux, la mise sous surveillance médicale est une mesure qui rend obligatoire, à titre externe, surveillance et traitement périodiques et réguliers.

Cette mesure conservatoire et préventive peut s'appliquer à tout malade mental, quelle que soit la nature de son affection.

Art. 146. - La requête de mise sous surveillance médicale sera formulée par le médecin psychiatre traitant.

Art. 147. - La requête de mise sous surveillance médicale est adressée par le médecin psychiatrique traitant au wali.

Le wali notifie au malade la décision de mise sous surveillance médicale.

Cette décision est communiquée au médecin psychiatre traitant.

Art. 148. - La décision de mise sous surveillance médicale est prononcée pour une durée maximale de 6 mois, éventuellement renouvelable à la demande du médecin psychiatre traitant.

Chapitre IV

Les voies de recours

Art. 149. - Toutes les décisions prévues au présent titre peuvent faire l'objet de recours, dans les conditions et suivant les procédures fixées par la législation en vigueur.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES A CERTAINES ACTIVITES PREVENTIVES ET CURATIVES

Art. 150. - Les soins médicaux sont fournis à la population par les structures sanitaires, ainsi que sur les lieux de travail, de formation, à domicile ou sur les lieux d'un accident.

Art. 151. - Les malades sont hospitalisés sur prescription de leur médecin traitant, après accord du médecin, chef de service.

Art. 152. - Lorsque l'hôpital auquel le malade est adressé n'est pas en mesure de dispenser les soins médicaux nécessaires, il doit veiller, par tous les moyens, à ce que le malade soit admis dans un autre hôpital ou dans une

unité spécialisée.

Art. 153. - Les hôpitaux sont tenues de transmettre aux médecins traitant toutes les informations qu'il est nécessaire de connaître pour poursuivre le traitement des malades qu'ils ont soignés.

Art. 154. - Les soins médicaux sont fournis avec le consentement du malade ou des personnes habilitées par la loi à donner leur consentement.

Lorsqu'il est nécessaire de donner des soins médicaux d'urgence, pour sauver la vie d'un mineur ou de personnes incapables de discernement ou dans l'impossibilité d'exprimer leur volonté, et que le consentement ou l'accord des personnes habilitées ne peut être obtenu à temps, les soins médicaux sont dispensés par le médecin sous sa propre responsabilité.

En cas de refus des soins médicaux, il est exigé une déclaration écrite, à cet effet, et le médecin est tenu d'informer le malade, ou des conséquences du refus d'accepter des soins.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas dans le cas où, aux termes de la loi, il est obligatoire de donner des soins médicaux pour protéger la population.

Art. 155. - Toutes les unités sanitaires d'urgence sont tenues de dispenser, en permanence, des soins médicaux d'urgence, à toute heure du jour et de la nuit, à tout patient, quel que soit le lieu de son domicile.

Toutes les structures sanitaires sont tenues de dispenser les premiers secours, qu'elle que soit leur spécialité.

Les premiers secours doivent également être dispensés sur le lieu des accidents ou des maladies épidémiques, par les équipes des unités sanitaires, en collaboration avec les services et organismes concernés.

Art. 156. - L'évacuation d'urgence des blessés, des malades ou des femmes enceintes, par tous moyens de transport est assurée sous la responsabilité de l'unité sanitaire locale.

Art. 157. - L'organisation de l'acquisition des connaissances sur les premiers secours est une obligation dévolue à l'Etat, notamment en milieu éducatif et de travail.

Chapitre II

Thérapie au moyen de sang, de plasma et de dérivée du sang

Art. 158. - Le don de sang à des fins thérapeutiques, la préparation de plasma et de dérivés du sang, ainsi que leur conservation, se font dans des unités sanitaires spécialisées.

La collecte de sang, l'immunisation active des donneurs, la plasmaphérèse, ainsi que la thérapie au moyen de sang, de plasma et de dérivés du sang, sont effectuées par des médecins ou par un autre personnel sanitaire placé sous leur contrôle.

Il est interdit de procéder à une collecte de sang chez les mineurs ou des adultes privés de discernement, ou à des fins spéculatives.

Art. 159. - Le groupe sanguin est transcrit, obligatoirement, sur la carte d'identité nationale et/ou le permis de conduire.

Art. 160. - Les modalités de détermination et de transcription du groupe sanguin sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre III

Prélèvement et transplantation d'organes humaines

Art. 161. - Le prélèvement d'organes humains et la transplantation de tissus ou d'organes humaines ne peuvent être effectuées qu'à des fins thérapeutiques ou diagnostic, dans les conditions prévues par la présente loi.

Le prélèvement et la transplantation d'organes et de tissus humains ne peuvent faire l'objet d'aucune transaction financière.

Art. 162. - Le prélèvement des tissus ou d'organes ne peut être pratiqué sur des personnes vivantes que s'il ne met pas en danger la vie du donneur. Le consentement écrit du donneur d'organe est exigé, après avoir été établi en présence de deux témoins et déposé auprès du directeur d'établissement et du médecin chef de service.

Le donneur ne peut exprimer son consentement qu'après avoir été informé, par le médecin, des risques médicaux éventuels qu'entraîne le prélèvement. Le donneur peut, en tout temps, retirer le consentement qu'il a déjà donné.

Art. 163. - Il est interdit de procéder au prélèvement d'organes chez des mineurs ou des personnes privées de discernement. Il est également interdit de procéder au prélèvement d'organes ou de tissus chez des personnes atteintes de maladies de nature à affecter la santé du donneur ou du receveur. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 164. - Le prélèvement de tissus et d'organes sur des personnes décédées ne peut se faire qu'après constatation médicale et légale du décès, selon des critères scientifiques définis par le ministre chargé de la santé.

Dans ce cas, le prélèvement peut se faire avec le consentement écrit de la personne de son vivant, ou de l'un des membres adultes de la famille, dans l'ordre de priorité suivant: père, mère, conjoint, enfant, frère ou soeur.

Dans le cas où le défunt est sans famille, l'autorisation est demandée au tuteur légal.

Art. 165. - Il est interdit de procéder au prélèvement de tissus ou d'organes en vue d'une transplantation, si la personne, de son vivant, a exprimé par écrit une volonté contraire ou si le prélèvement entrave l'autopsie médico-légal.

Art. 166. - La transplantation de tissus ou d'organes humains n'est

pratiqué que si elle représente le seul moyen de préserver la vie ou l'intégrité physique du receveur, et qu'après que ce dernier ait exprimé son consentement, en présence du médecin, chef du service sanitaire dans lequel il a été admis, et de deux témoins.

Lorsque le receveur n'est pas en état d'exprimer son consentement, l'un des membres de sa famille peut donner le consentement par écrit, dans l'ordre de priorité indiqué à l'article 164 ci-dessus.

Dans le cas des personnes frappées d'incapacité légale, le consentement peut être donné par le père, la mère ou le tuteur légal, selon le cas.

Dans le cas des mineurs, le consentement est donné par le père ou, à défaut, par le tuteur légal.

Le consentement ne peut être exprimé qu'après que le receveur, ou les personnes énoncées au paragraphe précédent, aient été informés, par le médecin traitant, des risques médicaux encourus.

La transplantation de tissus ou d'organes humains peut être pratiquée sans le consentement visé aux premier et deuxième alinéas, lorsque, en raison de circonstances exceptionnelles, il n'est pas possible de prendre contact, à temps, avec la famille ou les représentants légaux d'un receveur qui n'est pas en état d'exprimer son consentement et que tout délai entraînerait son décès, cet état de fait étant confirmé par le médecin chef de service et deux témoins.

Art. 167. - Le prélèvement et la transplantation de tissus ou d'organes humains sont effectués par des médecins et seulement dans des hôpitaux autorisés, à cette fin, par le ministre chargé de la santé.

Une commission médicale, créée spécialement au sein de la structure hospitalière, décide de la nécessité du prélèvement ou de la transplantation et autorise l'intervention.

En cas de prélèvement de tissus ou d'organes sur des personnes décédées, le décès doit avoir été confirmé par, au moins, deux médecins membres de la commission et par un médecin légiste; leurs conclusions sont consignées dans un registre spécial.

Art. 168. - Les autopsies peuvent être pratiquées dans les structures hospitalières:

- à la requête de l'autorité publique dans un cadre médico-légal;
- à la demande du médecin spécialiste dans un but scientifique.

Les autorités, dans un but scientifique, peuvent être pratiquées dans le respect des dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 de l'article 164 de la présente loi.

TITRE V

PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET APPAREILS MEDICO-TECHNIQUE

Chapitre I

Dispositions générales

Art. 169. - Au sens de la présente loi, les produits pharmaceutiques comprennent les médicaments, les réactifs biologiques, les produits chimiques officinaux, les produits galéniques, les objets de pansement et tous autres produits nécessaires à la médecine humaine et vétérinaire.

Art. 170. - On entend par médicament, toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, tous produits pouvant être un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques.

Art. 171. - Sont également assimilés à des médicaments:

- les produits d'hygiène et produits cosmétiques contenant des substances vénéneuses à des doses et concentrations supérieures à celles fixées par arrêté du ministre chargé de la santé;

- les produits diététiques ou destinés à l'alimentation animale qui renferment des substances non alimentaires leur conférant des propriétés sur la santé humaine.

Art. 172. - Tout médicament préparé à l'avance présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale, est qualifié "spécialité pharmaceutique".

Art. 173. - Les appareils médico-techniques regroupent les appareils utilisés pour les examens et traitements médicaux et pour d'autres activités liées aux soins médicaux, les prothèses dentaires et orthopédiques, les auxiliaires optiques et acoustiques ainsi que les appareils auxiliaires de locomotion.

Chapitre II

Nomenclatures nationales

Art. 174. - Afin de protéger ou de rétablir la santé des citoyens, d'assurer l'exécution des campagnes de prévention, de diagnostiquer et de traiter les malades et de protéger la population contre l'utilisation de médicaments non autorisés, les praticiens ne peuvent prescrire et utiliser que les produits pharmaceutiques figurant sur les nomenclatures nationales établies par la commission nationale de nomenclature.

Art. 175. - Il est créé une commission nationale de nomenclature dont la composition et le fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

Art. 176. - Il ne peut être délivré au public, ni fabriqué sur le territoire national, des médicaments à l'usage de la médecine humaine ou d'appareils médico-technique autres que ceux inscrits à la nomenclature des produits pharmaceutiques ou à la nomenclature des appareils médico-techniques agréés par le ministre chargé de la santé, après avis conforme de la commission nationale de nomenclature prévue, à l'article 175 ci-dessus.

Art. 177. - Il appartient au ministre concerné d'inscrire les médicaments

destinés à la médecine vétérinaire dans la nomenclature nationale, après avis conforme de la commission nationale de nomenclature.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 178. - Il est interdit de commercialiser, d'utiliser ou d'expérimenter sur l'homme, des médicaments et produits biologiques à usage humain, sans l'autorisation du ministre chargé de la santé.

Toute infraction aux dispositions du présent article sera punie conformément à la loi.

Art. 179. - L'importation et la fabrication des médicaments et de produits biologiques destinés à la recherche scientifique sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre III

Acquisition des médicaments et appareils médico-techniques

Art. 180. - Les médicaments prescrits par les médecins des secteurs sanitaires sont fournis gratuitement par les structures sanitaires publiques aux malades hospitalisés. Pour chaque catégorie de structure sanitaire, est arrêtés une nomenclature par voie réglementaire.

Art. 181. - Tout médicament n'est délivré que sur présentation d'une prescription médicale, à l'exception de certains produits pharmaceutiques, dont la liste est arrêtée par voie réglementaire.

Art. 182. - Sous réserve des dispositions de l'article 181 ci-dessus, les médicaments acquis à titre onéreux, sur prescription médicale, donnent lieu à remboursement, selon les conditions et taux fixés par la législation et la réglementation en vigueur en matière d'assurance sociales.

La liste des médicaments donnant lieu à remboursement et de ceux dont les frais ne sont pas remboursables, est établie par voie réglementaire.

Art. 183. - Les conditions de fourniture des prothèses et des appareillages, par les structures sanitaires publiques, sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre IV

Fabrication, importation et distribution des médicaments

Art. 184. - Relèvent des entreprises nationales:

- la fabrication des produits pharmaceutiques, sous réserve des exceptions prévues à l'article 187 ci-dessous;

- la fabrication des appareils médico-techniques, à l'exception de la prothèse dentaire.

La préparation l'importation et la distribution aux pharmaceuties des virus atténués ou non, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou non et en général, des divers produits d'origine microbienne ou chimique définis, au diagnostic, à la prophylaxie ou à la thérapeutique, ainsi que les allergènes, sont confiées à une entreprise nationale.

Art. 185. - Les conditions dans lesquelles sont fabriqués les objets de pansement, les accessoires de pharmacie, les produits galéniques et les réactifs de laboratoires, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 186. - L'importation et la distribution en gros des produits pharmaceutiques relèvent de l'Etat.

Art. 187. - Les préparations officinales, les préparations magistrales et les spécialités pharmaceutiques fabriquées dans les officines de pharmacie, ne sont pas soumises aux dispositions des articles 184, 185, et 186 ci-dessus.

Chapitre V

Le réseau pharmaceutique

Art. 188. - La distribution au détail des produits pharmaceutiques est assurée, exclusivement par des unités de distribution spécialisées réparties à travers le territoire national, dans le cadre sanitaire.

Dans tous les cas, toute unité de distribution au détail des produits pharmaceutiques, est placée sous la responsabilité d'un pharmacien.

Toutefois, les unités chargées, exclusivement, de la distribution au détail des produits pharmaceutiques à usage vétérinaire, sont placées sous la responsabilité d'un vétérinaire.

En outre, pour les pharmacies privées, le pharmacien doit être unique propriétaire et unique gestionnaire du fond de commerce de la pharmacie dont il a la responsabilité.

Art. 189. - Les pharmacies sont tenues d'assurer certaines analyses biologiques.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Chapitre VI

Substances vénéneuses et stupéfiants

Art. 190. - La production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition, l'emploi de substances ou plantes vénéneuses stupéfiantes et non stupéfiantes, ainsi que la culture desdites plantes, sont fixés par voie réglementaire.

Art. 191. - La préparation, l'utilisation de radio-éléments artificiels, sous quelque forme que ce soit, ne peuvent être effectuées que par l'organisme ou les personnes physiques ou morales spécialement autorisées à cet effet.

Art. 192. - Il est interdit à tout importateur, producteur ou fabricant d'essence pouvant servir à la fabrication des boissons alcooliques, de procéder à la vente ou à l'offre, à titre gratuit, desdits produits, à toute personne autre que les fabricants de boissons ayant qualité d'entrepoteur vis-à-vis de l'administration des contributions indirectes, les pharmaciens, les parfumeurs et les organismes exportateurs directs.

La vente de ces produits en nature, sur le marché intérieur, est interdite à toutes ces catégories, à l'exception des pharmaciens qui ne peuvent les délivrer que sur ordonnances médicales et doivent inscrire les prescriptions qui les concernent sur leur registre de prescriptions.

Art. 193. - Il sera établi, par voie réglementaire, une liste exhaustive de tout produit ou article qui, pour des raisons de santé publique, devra être soumis à homologation du ministre chargé de la santé.

Chapitre VII

Information médicale

Art. 194. - L'information des personnels de santé sur les produits pharmaceutiques ainsi que sur tous produits, objets, appareils et méthodes concernant la santé, incombe au ministre chargé de la santé.

Toutefois, cette information se fera conjointement avec le ministre chargé de l'agriculture pour tout ce qui a trait à la santé animale.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

TITRE VI

LES PERSONNELS DE SANTE

Chapitre I

Règles générales applicables aux professions de santé

Section 1

Tâches et activités des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes

Art. 195. - Les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes sont tenus:

- de veiller à la protection de la santé de la population par la fourniture de soins médicaux appropriés;
- de participer à l'éducation sanitaire;
- d'assurer la formation, le perfectionnement, le recyclage des personnels de santé, de participer à la recherche scientifique, conformément à la réglementation en vigueur.

Section 2

Tâches et activités des auxiliaires médicaux

Art. 196. - Les auxiliaires médicaux sont chargés, selon leur spécialité et sous la responsabilité d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un chirurgien-dentiste:

- de veiller au respect des traitements et soins médicaux prescrits;
- de contrôler l'état et l'hygiène corporelle des malades de façon permanente;
- de participer aux activités de prévention et d'éducation sanitaire de la population;
- de contribuer à la formation, au perfectionnement et au recyclage des personnels de santé;
- de participer à la recherche scientifique dans des structures spécialisées à cet effet, conformément à la réglementation en vigueur.

Chapitre II

Conditions et régimes d'exercice des professions de santé

Conditions relatives aux médecins, aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes

Art. 197. - L'exercice de la profession de médecin de pharmacien et de chirurgien-dentiste, est subordonné à une autorisation du ministre chargé de la santé, sous les conditions ci-après:

- être titulaire, suivant le cas, de l'un des diplômes algériens de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ou d'un titre étranger reconnu équivalent;
- ne pas être atteint d'une infirmité ou d'un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession;
- ne pas avoir été l'objet d'une peine infamante:
- être de nationalité algérienne. Il peut être dérogé à cette condition sur la base des conventions et accords passés par l'Algérie et par décision du ministre chargé de la santé.

Art. 198. - Nul ne peut exercer en qualité de médecin spécialiste, de chirurgien-dentiste spécialiste ou de pharmacien spécialiste, s'il ne justifie, en plus des conditions requises à l'article 197 ci-dessus, d'un diplôme de spécialiste médicale ou d'un titre étranger reconnu équivalent.

Art. 199. - Le médecin, le chirurgien-dentiste et le pharmacien autorisé à exercer, prononce un serment devant ses pairs, suivant des modalités fixées

par voie réglementaire.

Art. 200. - Durant la période du stage interné des études de graduations, les étudiants en médecine, en chirurgie-dentaire et en pharmacie, sont autorisés à exercer, respectivement, la médecine, la chirurgie-dentaire et la pharmacie dans les établissements sanitaires publics, sous la responsabilité des praticiens, chefs de structures.

Section 2

Les régimes d'exercice

Art. 201. - Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, généralistes ou spécialistes, exercent leur profession sous l'un des régimes suivants:

- en qualité de fonctionnement à temps plein;
- à titre privé, sous réserve des dispositions de la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil.

Art. 202. - Les conditions d'installation pour l'exercice de la profession, à titre privé, doivent viser, en particulier, à la réaliser une couverture sanitaire nationalité équilibrée, et ce, dans le cadre de la carte sanitaire.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Section 3

Les règles d'exercice applicables à l'ensemble des médecins, des chirurgiens-dentistes et pharmaciens

Art. 203. - Les médecins et les chirurgiens-dentistes sont tenus d'appliquer les schémas thérapeutiques et les techniques de diagnostic arrêtés pour certaines affections entrant dans le cadre des programmes de santé.

Art. 204. - Le médecin et le chirurgien-dentiste sont libres, chacun dans son domaine d'activité, de prescrire les médicaments inscrits dans le cadre de la nomenclature nationale, sous réserve des dispositions de l'article 203 ci-dessus.

Art. 205. - Il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien, dont le droit d'exercer sa profession a été suspendu, de donner des consultations, de rédiger des ordonnances, de préparer des médicaments, d'appliquer un traitement ou d'administrer une quelconque méthode de traitement relevant de la médecine ou de la pharmacie, en qualité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, sauf dans le cas où il est indispensable de donner des soins urgents de premiers secours.

Art. 206. - Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens sont tenus d'observer le secret professionnel, sauf si les dispositions légales les délient expressément.

Art. 207. - Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens sont tenus d'exercer leur profession sous leur identité légale.

Section 4

L'exercice, à titre privé, des médecins, des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens

Art. 208. - Les activités de santé exercées à titre privé sont assurés dans des cabinets dentaires, des officines pharmaceutiques, des cabinets de consultations et de soins, des laboratoires d'analyses médicales, d'optique médicale et de lunetterie de prothèse médicale.

La nature et l'importation des équipements nécessaires aux activités de santé exercées à titre privé et définies à l'alinéa ci-dessus, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 209. - Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens sont tenus d'assurer le service de garde, selon des modalités fixés par le ministre chargé de la santé, sous peine de sanction administratives.

Art. 210. - Sous réserve des dispositions de l'article 206 ci-dessus, les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sont tenus de déférer aux ordres de réquisition de l'autorité publique.

Art. 211. - Les tarifs des actes accomplis par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, sont fixés par voie réglementaire.

Le non respect de la tarification entraîne des sanctions conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Art. 212. - Il est interdit à quelconque, n'exerçant pas légalement la profession, de recevoir tout ou partie d'honoraires ou de bénéfices provenant de l'activité professionnelle, à titre privé, d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien.

Art. 213. - Dans les limites de leur qualification, les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes sont tenus d'établir un fichier de leurs malades, de conserver les archives et de fournir les certificats, attestations et renseignements épidémiologiques prescrits par les règlements.

Section 5

L'exercice illégal des professions médicales

Art. 214. - Sous réserve des dispositions de l'article 196 de la présente loi, exerce illégalement la médecine, la chirurgie-dentaire ou la pharmacie:

- toute personne qui exerce une activité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien, ne remplissant pas les conditions fixées à l'article 197 de la présente loi ou pendant la durée d'une interdiction d'exercer;

- toute personne qui prend part habituellement, moyennant rétribution ou non, même en présence d'un chirurgien-dentiste, à l'établissement d'un diagnostic, au traitement de maladies ou d'affections chirurgicales ou dentaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous procédés quels qu'ils soient, sans remplir les conditions fixées aux articles 197 et 198 de la présente loi;

- toute personne qui exerce dans une structure sanitaire publique ou privée, sans avoir été autorisée par décision du ministre chargé de la santé.

- Quiconque, quoique muni du diplôme requis, prête son concours aux personnes visées aux alinéas 1 et 2 ci-dessus et s'en fait le complice.

Section 6

Les locaux à usage de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie

Art. 215. - Les locaux à usage de la médecine, de la chirurgie dentaire et de la pharmacie doivent obéir aux normes de prescription de construction, d'hygiène et de sécurité et d'équipement fixées par voie réglementaire.

Art. 216. - Tout changement dans la destination des locaux à usage médical, dentaire ou pharmaceutique est soumis à l'autorisation écrite préalable du ministre chargé de la santé.

L'Etat exerce le droit de préemption en cas de transaction.

Section 7

Conditions relatives à la profession d'auxiliaire médicale

Art. 217. - L'exercice en qualité d'auxiliaire médicale est subordonné à une autorisation du ministre chargé de la santé, dans les conditions ci-après:

- avoir reçu une formation conforme aux programmes arrêtés par voie réglementaire et avoir obtenu le diplôme sanctionnant cette formation ou posséder un titre reconnu équivalent;

- ne pas être atteint d'une infirmité ou d'une affection pathologique incompatible avec l'exercice de la profession;

- ne pas avoir été l'objet d'une plainte infamante:

- être de nationalité algérienne.

Art. 218. - L'exercice à titre privé en qualité d'auxiliaire médical est subordonné à une autorisation du ministre chargé de la santé, pour les personnes remplissant les conditions visées à l'article 217 ci-dessus et qui auront satisfait à la durée du service civil.

Art. 219. - Exerce illégalement la profession d'auxiliaire médical, quiconque ne remplit pas les conditions prévues à l'article 217 de la

présente loi.

Art. 220. - Les dispositions des articles 214 et 217 ci-dessus ne s'appliquent pas, durant la dernière année de formation:

- aux étudiants en science médicales, en chirurgie-dentaire et en pharmacie;

- aux étudiants en science médicales, en chirurgie-dentaire et en pharmacie;

- aux élèves des établissements de formation, ainsi qu'aux auxiliaires médicaux qui agissent sous le contrôle d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien.

Art. 221. - Les auxiliaires médicaux exercent leurs activités sous leur identité légale et leur appellation, et selon leur qualification, dans les milieux de leurs attributions.

Art. 222. - Les auxiliaires médicaux sont tenus:

- d'agir dans les limites strictes déterminées en fonction de leur qualification;

- de limiter leur intervention à la prescription ou l'indication reçue du médecin, de chirurgien-dentiste ou du pharmacien;

- de faire appel immédiatement à l'intervention d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'un pharmacien, lorsque, pendant l'exercice de leur activité, se produisent ou risquent de se produire des complications dont le traitement n'entre pas dans le cadre des compétences qui leur sont assignées.

Art. 223. - Les tarifs des actes accomplis par les auxiliaires médicaux sont fixés par voie réglementaire.

Art. 224. - Dans les limites de leurs qualifications, les auxiliaires médicaux sont tenus d'établir un fichier des malades, de fournir les renseignements et documents statistiques sanitaires en rapport avec leur activité.

Art. 225. - Il est interdit aux auxiliaires médicaux:

- de modifier les prescriptions qu'ils ont la charge d'exécuter,

- d'annoncer ou d'appliquer des procédés techniques ou thérapeutiques autres que ceux qui sont enseignés dans les programmes nationaux de formation.

Art. 226. - Les auxiliaires médicaux sont tenus au respect du secret professionnel, sauf si des dispositions légales les en délient expressément.

Art. 227. - Obligations est faite aux auxiliaires médicaux de se perfectionner et de participer aux cours et stages de recyclage qu'organise le ministre chargé de la santé, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

TITRE VII

FINANCEMENT DE LA SANTE

Art. 228. - Le financement des services publics de santé est assuré par l'Etat.

Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

Art. 229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relatives aux oeuvres sociales.

Art. 230. - Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés.

Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifiés.

TITRE VIII

DISPOSITIONS PENALES

Chapitre I

Dispositions pénales relatives aux personnels de santé

Art. 234. - L'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie-dentaire, de la pharmacie, des professions d'auxiliaire médical, tel que défini aux articles 214 et 219 de la présente loi est puni des peines prévues à l'article 243 du code pénal.

Art. 235. - L'inobservation de l'obligation du secret professionnel prévue aux articles 206 et 226 de la présente loi, expose son ou ses auteurs

aux sanctions prévues à l'article 301 du code pénal.

Art. 236. - Le refus de déférer aux réquisitions de l'autorité publique établies et notifiées dans les formes réglementaires, telles que prévues à l'article 210 de la présente loi, est puni conformément aux dispositions de l'article 422 ter du code pénal.

Art. 237. - Les infractions aux dispositions des articles 207 et 221 de la présente loi sont punies des peines prévues aux articles 243 et 247 du code pénal.

Art. 238. - Sous peine des dispositions de l'article 226 du code pénal, il est interdit à tout médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et auxiliaire médical, ans l'exercice de ses fonctions, de certifier faussement et sciemment pour favoriser ou nuire délibérément à une personne physique ou morale.

Art. 239. - Toute négligence et toute faute professionnelle commise par le médecin, le chirurgien-dentiste, le pharmacien et l'auxiliaire médical dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions, et qui affecte l'intégrité physique ou la santé, cause une incapacité permanente, met en danger la vie ou provoque le décès d'une personne, est poursuivie conformément aux dispositions des articles 288 et 289 du code pénal.

Art. 240. - Sans préjudice des sanctions administratives, est punie d'une amende de 1 000 à 3 000 DA toute infraction aux dispositions des articles 211 et 223 de la présente loi.

En cas de récidive, la sanction est portée au double.

Chapitre II

Dispositions pénales relatives aux produits pharmaceutiques

Art. 241. - Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) mois à deux (2) ans et d'une amende de 2 000 à 10 000 DA, ou de l'une de ces deux peines, ceux qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 190 de la présente loi, en ce qui concerne les substances vénéneuses classées comme stupéfiants.

Art. 242. - Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) à dix (10) ans et d'une amende de 5 000 à 10 000 DA, ou de l'une des deux peines, ceux qui ont contrevenu aux dispositions des règlements prévus à l'article 190 de la présente loi, en ce qui concerne les substances vénéneuses classées comme stupéfiants.

Art. 243. - Sont punis d'une réclusion de dix (10) à vingt (20) ans et d'une amende de 5 000 à 10 000 DA, ceux qui ont illicitement fabriqué, préparé transformé, importé passé en transit, exporté, entreposé, fait le courtage, vendu, expédié, transporté ou mis des stupéfiants dans le commerce sous quelque forme que ce soit.

La tentative de ces infractions réprimées par l'alinéa précédent est punie comme le délit consommé.

Il en est de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre

ces infractions.

Les peines prévues aux alinéas précédents peuvent être prononcées, alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction ont été accomplis dans des pays différents.

Art. 244. - Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) à dix (10) ans et d'une amende de 5 000 à 50 000 DA, ou de l'une de ces deux peines:

1) ceux qui ont facilité à autrui l'usage des dites substances ou plantes mentionnées à l'article 243 ci-dessus, à titre onéreux ou titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen;

2) ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se sont fait délivrer ou ont tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes,

3) ceux qui, connaissent le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances, ont, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

Lorsque l'usage desdites substances ou plantes a été facilité à un mineur, ou lorsque ces substances ou plantes ont été délivrées dans les conditions prévues au 3ème alinéa ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de cinq (5) à dix (10) ans,

Art. 245. - Sont punis d'un emprisonnement de deux (2) mois à un (1) an et d'une amende de 500 à 5 000 DA, ou de l'une de ces deux peines, ceux qui ont, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

Art. 246. - En cas de condamnation pour infractions prévues aux articles 242, 243, 244 et 245 de la présente loi, les tribunaux:

- peuvent prononcer la peine d'interdiction des droits civiques pendant une durée de cinq (5) à dix (10) ans;

- peuvent prononcer l'interdiction, pendant une durée de cinq (5) ans au plus, d'exercer la profession sous couvert de laquelle le délit a été perpétré;

- doivent se prononcer sur l'interdiction de séjour, dans les conditions prévues à l'article 12 du code pénal;

- doivent prononcer le retrait du passeport ainsi que, pour une durée de trois (3) ans au plus, la suspension du permis de conduire,

- doivent ordonner la confiscation des substances et des plantes saisies;

- doivent ordonner la confiscation des meubles, installations, ustensiles et tout autre moyen ayant servi à la fabrication et au transport des substances ou plantes, sous réserve des droits des tiers.

Art. 247. - Les peines prévues aux articles 241 à 245 de la présente loi sont portées au double en cas de récidive.

Art. 248. - Lorsque le caractère de l'une des infractions prévues aux articles 243 et 244 de la présente loi est de natures à porter atteinte à la santé morale du peuple algérien, la peine capitale peut être prononcée.

Art. 249. - L'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes qui se sont conformées au traitement médical qui leur a été prescrit et l'ont suivi jusqu'à son terme.

De même, l'action publique n'est pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il est établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale.

Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des substances et des plantes saisies est prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal, sur la réquisition du procureur de la République.

Art. 250. - Les personnes inculpées du délit prévu à l'article 245 ci-dessus, lorsqu'il a été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, peuvent être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toute mesure de surveillance médicale et de réadaptation appropriée à leur état.

L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se fournit après la clôture de l'information et, en tout état de cause, jusqu'à ce que les juridictions de jugement en aient décidé autrement.

Art. 251. - La juridiction de jugement peut astreindre les personnes, désignées à l'article précédent, à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en prolongeant ses effets. Les décisions de la juridiction de jugement sont exécutoires par provision.

Lorsqu'il a été fait application des dispositions prévues à l'article 250 ci-dessus et au premier alinéa du présent article, la juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article 245 de la présente loi.

Art. 252. - Ceux qui se soustraient à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication, seront punis des peines prévues à l'article 245 sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des articles 250 et 251 ci-dessus.

Art. 253. - La cure de désintoxication prévue par les articles précédents est suivie soit dans un établissement spécialisé, soit à titre externe sous surveillance médicale.

L'autorité judiciaire sera informée, par le médecin traitant, du déroulement et du résultat de la cure.

Un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de la justice et du ministre chargé de la santé fixe les conditions de déroulement de la cure.

Art. 254. - En cas de poursuites exercées pour l'un des délits prévus aux

articles 242 à 244 ci-dessus, le juge d'instruction ou la juridiction de jugement peut ordonner, à titre provisoire, pour une durée de six (6) mois au plus, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boisson, restaurant, club, cercle, lieu de spectacle, de leurs annexes ou tout lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, où ont été commis ces délits par l'exploitant ou avec sa complicité.

Cette fermeture peut faire l'objet de renouvellement dans les mêmes formes et durée que celle prévues à l'alinéa précédent.

Art. 255. - Les décisions de fermeture, de renouvellement et de main-levée de fermeture, prononcées, par le juge d'instruction, peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre d'accusation dans un délai de 24 heures, après leur exécution ou leur notification aux parties intéressées.

Les décisions de fermeture, de renouvellement ou de main-levée de fermeture, rendues par la juridiction de jugement saisie, peuvent faire l'objet de recours, conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

Art. 256. - En cas de condamnation de l'exploitant d'un des locaux visés à l'article 254 ci-dessus, le tribunal peut ordonner la fermeture pour une durée de six (6) mois à deux ans, le cas échéant, prononcer le retrait de la licence d'exploitation.

Art. 257. - Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession, prononcée en vertu de l'alinéa 2 de l'article 246 ci-dessus, est puni d'un emprisonnement de trois (3) mois à deux (2) ans et d'une amende de 500 à 2 000 DA, ou de l'une de ces deux peines.

Art. 258. - Sans préjudice des dispositions prévues par le code pénal, sont punis d'un emprisonnement d'un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de 5 000 à 10 000 DA, ou de l'une de ces deux peines, ceux qui, par un moyen quelconque, ont provoqué l'un des délits prévus et réprimés par les articles 242, 243, 244 et 245 de la présente loi, alors même que cette provocation n'a pas été suivie d'effet.

En cas d'incitation au moyen d'écrit, de son ou d'images introduits ou diffusés de l'étranger et reçu en Algérie, les poursuites énoncées à l'alinéa précédent s'appliquent, conformément aux dispositions énoncées dans le code pénal.

Art. 259. - Les tribunaux peuvent prononcer l'interdiction du territoire algérien, pour une durée d'un (1) an à dix (10) ans, contre tout étranger condamné pour les délits prévus par les articles 242, 243, 244 et 245 de la présente loi.

Cette interdiction peut être définitive pour les délits prévus à l'article 243 ci-dessus.

Art. 260. - Toute infraction aux dispositions législatives ou réglementaires relatives aux radio-éléments artificiels, sera punie d'un emprisonnement de quinze (15) jours à trois (3) mois et d'une amende de 2 000 à 6 000 DA, ou de l'une de ces peines.

Art. 261. - Toute infraction aux dispositions législatives ou

réglementaires relatives aux essences pouvant servir à la fabrication de boissons alcoolisées, sera punie d'une amende de 500 à 10 000 DA et d'un emprisonnement de deux mois à un an, ou de l'une de ces deux peines.

En cas de récidive, le minimum et le maximum des peines prévues par le présent article sont portés au double.

En outre, le tribunal peut prononcer la fermeture définitive de l'établissement et la confiscation des marchandises et matériel.

Dans tous les cas, les délinquants peuvent faire l'objet de privation de droits civiques pendant un an au moins et cinq (5) ans au plus.

Art. 262. - Toute infraction aux dispositions relatives aux abortifs est punie d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans et d'une amende de 1 000 à 3 000 DA, ou de l'une de ces deux peines.

Les tribunaux ordonnent, dans tous les cas, la confiscation des remèdes, substances, instruments et objets saisis.

Ils peuvent, en outre prononcer, à l'égard du condamné, la suspension temporaire ou l'incapacité d'exercer la profession à l'occasion de laquelle le délit a été commis.

Art. 263. - Est puni d'une amende de 500 à 1 000 DA et, en cas de récidive, d'une amende de 1 000 à 5 000 DA et d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans, quiconque se livre, dans un but lucratif, au commerce du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés.

Art. 264. - Toute infraction à la réglementation de la publicité sur des produits et établissements pharmaceutiques, est punie d'une amende de 500 à 1 000 DA et, en cas de récidive, d'une amende de 1 000 à 2 000 DA.

Sont passibles des mêmes peines, quel que soit le mode de publicité utilisé, ceux qui tirent profit d'une publicité irrégulière et les agents de diffusion de cette publicité.

Art. 265. - Quiconque contrevient aux dispositions relatives à la publicité sur les radio-éléments artificiels, est puni d'une amende de 1 000 DA et, en cas de récidive, d'une amende de 5 000 DA.

Dans ce dernier cas, le tribunal peut interdire la vente du produit dont la publicité a été en violation dudit article.

Chapitre III

Dispositions pénales relatives à la santé publique et à l'épidémiologie

Art. 266. - Les infractions aux règles et aux normes de la salubrité, d'hygiène et de prévention générale, entraînent, sous réserve des sanctions pénales, conformément à la législation en vigueur et notamment, aux articles 441 bis, 442 bis et 443 bis du code pénal.

TITRE IX

DISPOSITIONS FINALES

Art. 267. - Les dispositions relatives à la déontologie seront fixées ultérieurement.

Art. 268. - Sont abrogées:

- l'ordonnance n° 76-79 du 23 octobre portant code de la santé publique.
- l'ordonnance n° 73-65 du 28 décembre 1973 portant médecine gratuite dans les secteurs sanitaires;
- l'ordonnance n° 75-9 du 17 février 1975 relative à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et stupéfiants.

Art. 269. - La présente loi sera publiée au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 16 février 1985.

Chadli BANDJEDID.

ANNEXE N°05

**Recettes des Etablissements Publics de Santé
(SS, EHS et CHU) de 1990 à 2009**

Recettes des Etablissements Publics de Santé (SS, EHS et CHU) de 1990 à 2009 en Algérie en dinars algériens

RUBRIQUES	BUDGET 1990	%	BUDGET 1991	%	BUDGET 1992	%	BUDGET 1993	%	BUDGET 1994	%
Participation de l'État	-----	-----	9 000 000	44,78	15 106 000	60,41	15 246 000	57,83	18 168 095	59,54
Participation de la CNAS	8 600 000	65,76	9 500 000	47,26	9 500 000	37,99	9 983 000	37,87	11 250 000	36,87
Remboursement de la CNAS	140 000	1,07	200 000	1,00	150 000	0,60	150 000	0,57	150 000	0,49
Autres Ressources	260 000	1,99	400 000	1,99	250 000	1,00	250 000	0,95	330 000	1,08
Reliquats de trésorerie	4 077 810	31,18	1 000 000	4,98	-----	-----	732 800	2,78	615 397	2,02
Total	13 077 810	100,00	20 100 000	100,00	25 006 000	100,00	26 361 800	100,00	30 513 492	100,00

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Recettes des Etablissements Publics de Santé (SS, EHS et CHU) de 1990 à 2009
(Suite)**

En dinars

RUBRIQUES	BUDGET 1995	%	BUDGET 1996	%	BUDGET 1997	%	BUDGET 1998	%	BUDGET 1999	%	BUDGET 2000	%
Participation de l'État	21 278 280	57,93	25 536 787	59,00	27 983 000	59,35	28 780 880	57,99	31 245 515	57,55	33 036 043	60,03
Participation de la CNAS	13 551 000	36,89	16 576 000	38,30	17 972 000	38,12	19 652 000	39,60	19 872 000	36,60	20 540 477	37,32
Remboursement de la CNAS	300 000	0,82	300 000	0,69	300 000	0,64	300 000	0,60	944 900	1,74	525 085	0,95
Autres Ressources	1 200 000	3,27	700 000	1,62	800 000	1,70	800 000	1,61	800 000	1,47	800 000	1,45
Reliquats de trésorerie	400 000	1,09	168 000	0,39	94 000	0,20	94 000	0,19	1 433 365	2,64	133 365	0,24
Total	36 729 280	100,00	43 280 787	100,00	47 149 000	100,00	49 626 880	100,00	54 295 780	100,00	55 034 970	100,00

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Recettes des Etablissements Publics de Santé (SS, EHS et CHU) de 1990 à 2009
(Suite)**

En dinars

RUBRIQUES	BUDGET 2001	%	BUDGET 2002	%	BUDGET 2003	%	BUDGET 2004	%	BUDGET 2005	%
Participation de l'État	41 387 000	62,88	49 223 279	63,39	59 340 231	66,70	63 232 080	66,02	61 695 031	61,26
Participation de la CNAS	21 500 000	32,66	25 500 000	32,84	26 500 000	29,79	27 021 274	28,21	35 000 000	34,75
Remboursement de la CNAS	2 002 200	3,04	1 999 770	2,58	2 185 235	2,46	2 606 106	2,72	407 500	0,40
Autres Ressources	800 000	1,22	800 000	1,03	800 000	0,90	800 000	0,84	800 000	0,79
Reliquats de trésorerie	134 000	0,20	134 000	0,17	143 520	0,16	2 115 625	2,21	2 810 720	2,79
Total	65 823 200	100,00	77 657 049	100,00	88 968 986	100,00	95 775 085	100,00	100 713 251	100,00

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

**Recettes des Etablissements Publics de Santé (SS, EHS et CHU) de 1990 à 2009
(Suite)**

En dinars

RUBRIQUES	BUDGET 2006	%	BUDGET 2007	%	BUDGET 2008	%	BUDGET 2009	%
Participation de l'État	73 468 310	65,97	107 868 740	74,32	151 471 260	78,12	173 220 480	81,53
Participation de la CNAS	3 500 000	3,14	35 000 000	24,11	38 000 000	19,60	38 000 000	17,89
Remboursement de la CNAS	300 000	0,27	300 000	0,21	300 000	0,15	300 000	0,14
Autres Ressources	800 000	0,72	800 000	0,55	800 000	0,41	800 000	0,38
Reliquats de trésorerie	1 793 520	1,61	1 177 080	0,81	3 319 520	1,71	143 520	0,07
Total	111 361 830	100,00	145 145 820	100,00	193 890 780	100,00	212 464 000	100,00

Source : Réalisé par nos soins sur la base des données du Ministère de la Santé Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : LES OUTILS DE REGULATIONS DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE.....	6
INTRODUCTION.....	6
I. LA MAITRISE COMPTABLE DES DEPENSES DE SANTE.....	7
1. La planification et la maîtrise de l'offre.....	7
1.1. La carte sanitaire : outil de planification quantitative sanitaire.....	8
1.2. Le numerus clausus	11
2. La maîtrise de la demande	12
2.1. Le ticket modérateur	13
2.2. Le déremboursement ou la suppression du remboursement de certains médicaments	15
2.3. Le tarif de référence	17
3. Les outils de budgétisations	19
3.1. Le budget global hospitalier	19
4. Les prix administrés	22
4.1. Le contrôle des prix des médicaments	23
4.2. La tarification et le contrôle des honoraires	25
II. LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE.....	27
1. Les référentiels : Les Références Médicales Opposables (RMO)	28
2. Les instruments de suivi médicalisé du patient	30
Le Carnet de santé et le dossier médical	31
Le médecin traitant	33
3. La carte sanitaire médicalisée	35
4. La médicalisation de l'information en milieu hospitalier	36
4.1. La médicalisation de l'information dans les hôpitaux en Algérie.....	38

III. LA MAITRISE PAR LE MARCHE DES DEPENSES DE SANTE.....	40
1. Le marché des offreurs de soins	40
2. Le marché des assureurs	43
3. Les particularités de la régulation des dépenses de santé par les jeux de la concurrence	45
3.1 La sélection adverse et l'anti-sélection	46
3.2. L'écrémage des risques	47
3.3. L'aléa moral	47
3.4. L'asymétrie de l'information	48
CONCLUSION	50
CHAPITRE II : L'EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE.....	51
INTRODUCTION.....	51
I. L'HOPITAL ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE.....	52
1. La réforme hospitalière en Algérie.....	52
1.1. Le passage d'une tarification à la journée au budget global	53
1.2 Les dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé.....	55
1.3. La contractualisation comme mode de gestion rationnel	59
1.3.1. L'introduction de la contractualisation en Algérie.....	59
1.3.2. Les difficultés de la mise en place de la contractualisation en Algérie.....	62
1.4. Un nouveau statut pour une maîtrise des dépenses de santé.....	63
1.4.1. Les difficultés d'application du nouveau statut des hôpitaux en Algérie.....	66

II. LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE.....68

- 1. Marché du médicament: Etat des lieux du marché.....69**
 - 1.1. Les importations de médicaments.....69**
 - 1.2. La production nationale74**
- 2. Le prix de vente des médicaments80**
- 3. Les médicaments génériques82**
 - 3.1. Les avantages du médicament générique83**
 - 3.2. La place du médicament générique86**
 - 3.3. Les facteurs de la promotion des médicaments génériques..... 89**

III. LES DEPENSES DE LA SECURITE SOCIALE EN ALGERIE.....93

- 1. La structure des dépenses de la Sécurité sociale.....93**
- 2. Les principales rubriques de dépenses de la Sécurité sociale.....95**
 - 2.1. Le forfait hôpitaux95**
 - 2.2. Les transferts pour soins à l'étranger.....98**
 - 2.3. Le remboursement des médicaments.....102**

CONCLUSION.....107

CHAPITRE III : LE FINANCEMENT DE LA SANTE EN ALGERIE.....108

INTRODUCTION108

I. LE FINANCEMENT DE LA SANTE ET LES PRINCIPAUX ACTEURS DANS LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN.....108

- 1. Définition du financement de la santé108**
- 2. Financement de la santé en Algérie109**

II. LES SOURCES DE FINANCEMENTS DE LA SANTE EN ALGERIE.....	113
1. Les sources de financements des établissements publics de santé en Algérie.....	113
2. Les sources de financement de la santé en pourcentage des dépenses totales de santé en Algérie.....	120
III. LE COUT DE LA SANTE EN ALGERIE	128
1. La place de la santé par rapport aux transferts sociaux de l'Etat.....	130
2. La contribution économique du secteur privé	132
VI. LES SOURCES ALTERNATIVES DE FINANCEMENT	137
1. Les taxes dissuasives.....	137
2. La tarification en fonction du risque de la profession.....	141
CONCLUSION	144
CONCLUSION GENERALE	145
Liste des tableaux.....	151
Liste des graphiques.....	152
Bibliographie.....	153
Liste des annexes.....	163

RESUME

Partout dans le monde, les dépenses de santé continuent de croître plus rapidement que le Produit Intérieur Brut (PIB). A cet effet plusieurs stratégies ont été mises en place, ces dernières années, par les gouvernements des pays pour tenter de limiter la croissance de ces dépenses.

Les différents modes de régulation peuvent prendre plusieurs formes: maîtrise comptable, maîtrise médicalisée et maîtrise par le marché.

La maîtrise dite comptable concerne un contrôle de type budgétaire qui se caractérise par une définition a priori du budget global ou de l'offre des soins via le *numerus clausus* ainsi que via la carte sanitaire. Le contrôle comptable des dépenses passent aussi par la fixation des prix des biens de santé, et notamment par la responsabilisation des usagers à travers le tarif de référence et le ticket modérateur.

La maîtrise dite médicalisée se rapporte à la notion de juste soins : le rapport avantages / coûts et l'efficacité médicale sont les seuls critères considérés comme valables pour obtenir une baisse des dépenses. Les Références Médicales Opposables, les guides de bonnes pratiques médicales, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information et le carnet de santé sont des outils qui permettent d'avoir les soins appropriés à moindre coût.

La maîtrise par le marché peut se faire, quant à elle, par le biais des assureurs ou des offreurs de soins. Selon les défenseurs du libéralisme, le marché est la solution qui permet d'obtenir une utilisation optimale des ressources, de stimuler la concurrence et de modérer les augmentations des prix.

Ce présent travail porte sur les outils de régulations des dépenses de santé utilisés en Algérie pour maîtriser voire contenir l'évolution de ces dépenses. La recherche de nouvelles sources de financement peut également, être un élément déterminant pour contenir la croissance des dépenses de santé.

Les mots-clés : maîtrise comptable, maîtrise médicalisée, maîtrise par le marché, tarif de référence, ticket modérateur, budget global, Sécurité sociale, Algérie.

ABSTRACT

All over the world, health expenditures continue to grow more rapidly than the Gross Domestic Product (GDP). For this purpose, many strategies to contain costs have been tried in recent years by policymakers.

The different modes of regulation that exist can take several forms: accounting control, medicalized control and market control.

Accounting control is a type of budgetary containment which is characterized by a priori definition of lump budget or by limiting health care supply through a fixed numbers “numerus clausus” as well as through the medical map. This type of cost-containment can be made possible by price-setting of health care services and also by making more responsible the assured through the ceiling prices and the co-payments (user fees).

Medicalized control refers to the concept of appropriate care: the benefit-cost ratio and medical efficacy are the only criteria considered suitable to lower health costs. Medical guiding principle, the Medical guidelines and medical record are the most important means that allow attaining appropriate care at lower cost.

The control by the market can be reached through health insurers or health care providers. According to the proponents of liberalism, the market is the best solution that provides optimal allocation of resources. It fosters competition and moderates price increase.

This thesis focuses on the regulation tools of health expenditure used in Algeria to control or contain the evolution of these outgoings. The search for new funding sources may also be a key element to contain the growth of health expenses.

Key words: accounting control, medicalized control, control by the market, ceiling prices, co-payments, lump budget, Social security, Algeria.

ملخص

لا تزال نفقات الصحة في جميع أنحاء العالم، تنمو بوتيرة أسرع من الناتج المحلي الإجمالي. لهذا الغرض عدة استراتيجيات تم تنفيذها في السنوات الأخيرة من جانب الحكومات في محاولة للحد من نمو هذه النفقات.

ويمكن تصنيف مختلف طرق ضبط نفقات الصحة وفق الصيغ التالية : التحكم المحاسبي ، و التحكم الطبي و التحكم عن طريق السوق.

التحكم المحاسبي يخص نوع من الرقابة على الميزانية التي تتميز بتعريف مسبق للموارد العامة أو الحد من العرض في الرعاية الصحية، و هذا عن طريق " قيد تمييزي على العدد" وكذلك من خلال البطاقة الصحية . التحكم المحاسبي يأخذ أيضا شكلا اخر يتمثل في تثبيت اسعار سلع القطاع الصحي ، فضلا عن توعية و تحميل المستخدمين لمسؤولياتهم في نفقاتهم على الصحة ، و هذا يتم من خلال التعريف المرجعية والمشاركة في المدفوعات.

التحكم الطبي للنفقات له صلة بمفهوم الاعتناء الصحي العادل:العلاقة بين المكاسب/التكاليف ، و الفاعلية الطبية هما المعياران المقبولان في ترشيد نفقات الصحة. المراجع الطبية التي يمكن الاحتجاج بها ، و دليل الممارسات الطبية الجيدة، و البرنامج الطبي لنظم المعلومات والسجلات الصحية هي الأدوات التي تسمح بتحقيق الرعاية المناسبة بأقل تكلفة.

التحكم في النفقات عن طريق السوق يمكن تحقيقه من خلال شركات التأمين أو مقدمي الرعاية الصحية. ووفقا لأنصار الليبرالية: السوق هو السبيل الوحيد الذي يحقق التخصيص الأمثل للموارد ، و يعزز المنافسة ويخفف من حدة ارتفاع الاسعار.

و يركز موضوع هذا البحث على أدوات ترشيد نفقات الصحة في الجزائر، وهذا من اجل الحد من جماح الزيادات في النفقات. البحث عن مصادر جديدة للتمويل قد تكون هي أيضا عنصرا أساسيا لاحتواء النمو في نفقات الصحة.

الكلمات المفتاح: ترشيد نفقات الصحة ، التحكم الطبي للنفقات، التحكم المحاسبي، التحكم في النفقات عن طريق السوق، التعريف المرجعية ، الضمان الاجتماعي، الجزائر.