

*Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou Faculté des Sciences
Economiques, Commerciales Et des Sciences de Gestion
Département des Sciences Economiques*



*Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention
Du Diplôme de Master en Sciences Economiques
Option : Economie de la santé*



Thème

Lefinancementdusystème desantéen Algérie :lesforfaitshôpitaux CasduCHUdeTIZI-OUZOU

Réalisé par:

BOURAHLA Souhila

MEDERBEL Hakim

Encadré par:

Membresdu Jury:

Président : Mr. BADI Abdelmadjid, Maitre de conférences Classe A, UMMTO

Rapporteur: Mr SALMI Madjid, Maitre de conférences Classe A, UMMTO

Examinatrice : Mme ANNANE Souhila, Maitre Assistante Classe A, UMMTO

Promotion2017/2018

Remerciements

Nous remercions tout d'abord dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage, la volonté et surtout la patience d'achever ce modeste travail.

*Nous adressons nos remerciements les plus sincères à
Monsieur Salmi Madjid, enseignant à l'université MOULOUD
MAMMERRI de TIZI-OUZOU,*

*Qui a accepté de diriger ce travail avec beaucoup d'efforts et de
patience.*

*NOS remerciements vont aussi à la directrice de la direction de
finance du CHU de TIZI et à tout le personnel de cette organisation
qui nous a beaucoup apporté pour la réalisation de ce travail.*

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce
modeste travail qui fut pour nous une expérience*

Très enrichissante.

Dedicates

*A mes chers parents, mes frères et sœurs ;mes
deux grande mères .A toute ma famille, mes
ami(e)s, et à tous ceux et toutes celles qui me sont
chers.*

Souhila

*Je dédie ce modeste travail à mes chers parents;
A mon frère et à mes chers sœurs; A mes copains
ainsi que ma binôme SOUHILA et toute sa famille.*

Hakim

Sommaire

Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.	5
Introduction.....	5
Section 1 : Aperçu sur l'évolution du système de santé en Algérie.....	5
Section 2 : le financement du système de santé en Algérie de 1962-à nos jour.....	17
Conclusion.....	28
Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements public de santé en Algérie.....	30
Introduction	30
Section 1 : les modalités actuel de financement du système de santé en Algérie.....	30
Section 2 : la place des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.....	42
Conclusion	50
Chapitre 3 : les sources de financement d'un établissement public de santé Cas du CHU Nedir Mohammed Tizi-Ouzou.....	51
Introduction	51
Section 1 : présentation de l'organisme d'accueil du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.....	52
Section 2 : les sources de financement de centre-hospitalo-universitaire Nedir Mohammed Tizi-Ouzou est l'accès au soin.....	63
Conclusion.....	74
Conclusion générale.....	75
Liste des tableaux.....	77
Liste des figures.....	78
Référence bibliographie.....	79
Table des matières.....	80

*« toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires, elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».*¹

La santé est l'un des indicateurs sociaux qui permettent l'appréciation du bien-être des citoyens. Elle est au centre des préoccupations non seulement des citoyens, mais également des pouvoirs publics, ainsi que tous ce qui aux participent à la satisfaction des besoins exprimés par la population. En plus de leurs organisations respectives, les systèmes de santé se différencient d'un pays à un autre par leur mode de financement.

La constitution consacre un champ de responsabilité dévolu à l'Etat. Il dispose à cet effet en son article 54 : *« tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques. »*²

La prise en charge de la santé des habitants figure dans les principaux textes doctrinaux dans la charte nationale de 1976 qui stipule que: *« l'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de santé de toute la population »*. Ce principe est réitéré par la constitution en son art 67 : *« tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé, ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit... »*.³

La politique de santé en Algérie repose sur le principe de l'accès gratuit aux soins qui constitue, depuis son intronisation par l'ordonnance présidentielle n°73-65 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs sanitaires de 1973, un pilier du pacte social fondateur de la république algérienne. Il s'est concrétisé à travers l'instauration d'un système de sécurité sociale universel. Avec la transition tant démographique qu'épidémiologique, le système de santé algérien se trouve confronté à de nouveaux défis comme la prise en charge des pathologies modernes, le renforcement de la couverture sanitaire à travers le pays ou encore la réforme du système de financement, afin d'améliorer l'accès aux soins de qualité à l'ensemble de la population

En Algérie l'accès aux soins est un droit pour chaque individu. C'est à l'Etat qu'il revient de garantir aux personnes, quels que soient leurs moyens financiers, leurs lieux de résidences et leurs origines, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale.

¹ Charte universelle sur les droit de l'homme, article 25, consulté le 06/09/2018.

² Constitution Algérienne, article 54, consulté le 07/09/2018.

³ BRAHAMIA Brahim : évolution et tendance des systèmes de santé. OCDE-Europ de l'Est- Maghreb, bahaeddinz édition 2010, p354.

Donc Le financement de la santé en Algérie est basé sur les dotations budgétaires de l'Etat et d'une contribution forfaitaire des organismes de la sécurité sociale, et d'une participation importante des ménages. Dans le secteur public les soins y sont quasiment gratuits, une contribution financière symbolique mis en place depuis 1995 est exigée des citoyens pour les consultations et les frais d'hospitalisation, les recettes sont destinées principalement à l'amélioration des conditions d'accueil, et de restauration (*hygiène et entretien*).

Le budget de fonctionnement des établissements public de santé en Algérie provient essentiellement de deux sources ;

- L'État dans la part représente 81% en 2017 ;
- La CNAS à 16% pour la même année.

Le secteur de santé en Algérie a connu une amélioration de tous les paramètres de santé quantifiables. Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années 2000, grâce à une priorité redonnée à la garantie de l'accès à la santé et une part croissante du budget de l'état consacrée à la santé. La dépense courante de Santé en Algérie représente pour 2011, de 6.5% du PIB, selon les statistiques de l'organisation mondiale de la santé (OMS), soit 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel. La santé est ainsi le quatrième poste de dépense avec 366 milliards de DA à dépenser en 2014.

Des lors, l'objectif que nous assignons à notre présent travail consiste à tenter d'étudier la contribution de la sécurité sociale dans le financement du système de santé.

La sécurité sociale participe au financement du système de santé en Algérie par une contribution annuelle forfaitaire appelée « *forfaits hôpitaux* ».

Les forfaits hôpitaux sont des contributions annuelles, forfaitaires et préétablies des organismes de la sécurité sociale destinées à la couverture des dépenses de fonctionnement des établissements public de santé en Algérie et à la réalisation d'investissements socio-sanitaires publics.

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances. Cette disposition budgétaire est appelée « *forfaits hôpitaux* ». Cette obligation est supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

Problématique

Notre problématique s'efforce de construire un thème de recherche d'actualité, mais aussi de répondre à une série d'interrogations relatives aux préoccupations à la fois des hôpitaux et leur financement, mais aussi des responsables du secteur de la santé.

Nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question suivante

- **Quelle importance revêt les forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie ?**

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser l'importance des forfaits hôpitaux au financement du système de santé en Algérie. Concernant le financement, on s'intéresse principalement aux établissements publics hospitaliers, du fait, que le cœur du système de santé est occupé principalement par les établissements publics. Et le rôle attribué la sécurité sociale en matière de financement.

De cette question principale dérive les deux questions suivantes :

- Quels sont les principales sources de financement du système de santé en Algérie ?
- Est-ce que les forfaits hôpitaux sont considérés comme une source prépondérante pour le financement du système de santé en Algérie ?

Pour bien mener notre travail, et comme une première réponse à notre problématique on avance les hypothèses suivantes :

- Le financement du système national de santé est repose sur les dotations budgétaires de l'Etat, d'une contribution forfaitaire des organismes de la sécurité sociale et d'une participation de plus en plus importante des usagers ou les ménages ;
- Le forfait hospitalier sert à financer les prestations fournis aux assurés sociaux par le secteur public, finance de plus en plus largement et de façon prépondérante le système public de soins.

Méthodologie de recherche

Une recherche bibliographique et documentaire ayant traité aux différents aspects théoriques et réglementaires du système de santé (*organisation et financement*). Plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées à savoir : université de Bejaia Abederhmain Mira, université de Tizi-Ouzou, l'institut national de planification et de statistique(*INSP*).

De plus, nous avons réalisés une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès des organismes suivants : le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière (*MSPRH*) et un état des lieux dans CHU Tizi-Ouzou.

Structure de mémoire

Notre travail de recherche est structuré en trois chapitres, chaque chapitre est subdivisé en deux sections.

Le premier chapitre est consacré à donner une brève présentation de l'évolution de système de santé en Algérie, aussi les différents périodes de financement des établissements publics de santé qui existe en Algérie.

Le deuxième chapitre est consacré aux différentes modalités actuelles de financement du système de santé et le rôle de la sécurité sociale dans le financement des établissements publics de santé à travers les forfaits hôpitaux.

Dans le troisième chapitre, nous mettons en évidence les modalités de financement des établissements publics de santé en Algérie, en s'appuyant sur le cas du CHU de Tizi-Ouzou.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

Introduction

A l'indépendance, le système de santé, fondé sur l'action curative au profit d'une population minoritaire concentrée dans les centres urbains (*Alger, Constantine, Oran*), était inadapté à la réalité sociale. Au cours des années 70, le système de soins a été radicalement changé.

En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué, et la constitution de 1976 intègre trois orientations tracées par le principe de gratuité des soins, la massification de la profession médicale (*plus de 1000 médecins formés par an*) et l'importance donnée aux soins de santé primaire. L'Etat était devenu alors l'organisateur direct des activités de soins et du financement des dépenses de ce secteur.

Cependant, tous les moyens mis à la disposition de la santé publique n'ont pas abouti aux résultats espérés, ceci bien avant la survenue de la crise économique et de l'application des réformes imposées par le FMI.

Dans ce chapitre, nous présenterons les étapes de l'évolution du système de santé Algérien et ces modalités de financement depuis l'indépendance. Sachant que le système de soins et l'environnement socio-économique et politique sont intimement liés.

1.1 Définition du système de santé en Algérie

Suivant des articles de la loi sanitaire de 1985, et conformément aux dispositions de l'article 04 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, le système national de santé peut être défini comme « *l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la production 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 la carte sanitaire* ». ¹

1.2 Les caractéristiques du système de santé en Algérie.

L'Algérie est un pays continent avec 2.381.741 KM² de superficie, une diversité territoriale (*géo-climatique*) et socioculturelle. Ce polymorphisme s'affiche en tant que premier défi pour rapprocher la santé des citoyens et trouver l'organisation sanitaire en rapport. Le système national de santé, vise l'amélioration de la santé de la population, ainsi que l'équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes et aux besoins en santé des citoyens, il est caractérisé par ², la prédominance et le développement du secteur public ; une

¹ La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, article 04.

² Loi N°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, article 05.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

planification sanitaire qui s'insère dans le processus global du développement économique et social national ; l'intersectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé ; le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé.

Selon le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS, l'année 2000, l'Algérie occupe le 45ème rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats Membres du classement. Elle est classée au 81ème rang en matière de performance globale du système de santé.

1.3 Historique du système de santé en Algérie

Le système de santé en Algérie a connu des multiples changements, il est passé par plusieurs périodes. A l'indépendance du pays, le système de soins de santé a été littéralement manquant de ressources humaines avec le départ massif des praticiens européens et devenait inopérant, le manque de médecins et des personnels de la santé paralysait le fonctionnement des structures sanitaires en place. Par ailleurs la répartition géographique était déséquilibrée Hôpital-centriste, répartie au Nord, dans les villes, dans les grandes métropoles et dans les zones agricoles riches, couvrent ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins.

1.4 Evolution du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours

Le système de santé en Algérie est de fait un héritage du système colonial français. Néanmoins, ce système a connu des évolutions remarquables depuis 1962.

1.4.1 La première phase (1962-1992)

La première phase débute en 1962 pour prendre fin de 1992, soit une phase s'étalant sur trois décennies. Chaque décennie se distingue de l'autre par la situation sanitaire qui y prévaut dans le pays et par la politique sanitaire suivie.

a) La première décennie s'ouvre de l'indépendance 1962 jusqu'à 1972, et cette décennie marquée par :

Avec 9 millions d'habitants (dont 85% de ruraux), la situation sanitaire en 1962 était marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante. Le système de santé était exsangue suite au départ massif des médecins, pharmaciens et cadres de santé français, (*dont le nombre est passé de 2 500 à 630 médecins, avec moins de 300 médecins d'origine algérienne*).

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

La situation sanitaire qui prévalait cette période. S'est caractérisé par une mortalité infantile élevé dépassant 180 enfants pour mille en milieu urbain, soit un(1) enfant sur (5) qui meurt avant son premier anniversaire et ce, suite aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aggravées par un état de malnutrition chronique. Quant à l'espérance de vie, celles-ci ne dépassait guère la cinquantaine et les maladies transmissibles à l'exemple de la tuberculose, du paludisme, du typhus et du trachome, elles constituaient les première causes de mortalité et d'handicaps.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale s'étalant de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- La réactivation des structures de santé laissées en place par la colonisation, largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé ;
- L'établissement d'un programme de santé pour but essentiel, la lutte contre les maladies transmissibles prévalences et la prise en charge des besoins de santé de base (*nutrition, urgence médico-chirurgicales*) ;
- La mobilisation des ressources humaines locales (*formation d'adjoints médicaux de la santé publiques*) et l'appel à la coopération étrangère ;
- La mobilisation des ressources financière indispensables dans un pays où le PIB n'excédait 400 dollars par habitant.

Est cette phase elle caractérise par l'ensemble d'indicateur détectant la situation de la population³ :

- Mortalité infantile très élevé 180/1000 au milieu urbain ;
- Espérance de vie elle ne dépasse pas 50 ans ;
- Accès aux soins difficile pour la population rurale ;
- Maladie transmissible : état endémique cause de mortalité et de handicapé ;
- Insuffisance d'infrastructure sanitaire.

Pour appliquer ces orientations, les décisions politiques suivantes ont été édictées par les pouvoirs publics :

- **1963** statuts d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale ;
- **1964** créations de l'institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « *réaliser les travaux d'étude et de recherche*

³ Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie. Imprimerie Onat, Alger, 1992

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

en santé publique nécessaire au développement des programmes d'actions sanitaires et à la promotion de la santé » ;

- **1965** : Programmes nationaux de lutte contre par le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé ;
- **1966** : Instauration de prestation mi-temps dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaire qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires. Vaccination de masse par le PCG chez les enfants ;
- **1969** Décrets rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la pharmacie centrale algérienne, dans le mandat assigné était d'assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutique ;
- **1972** Vaccinations de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral⁴.

Aussi, la politique sanitaire de cette époque s'articulait autour de la réalisation de deux objectifs essentiels à savoir

- L'accès aux soins au plus grand nombre de la population en réduisant, les disparités en matière de répartition du corps médical en instaurant une mi-temps obligatoire dans le secteur public de santé. En faisant appel à la coopération médicale internationale et enfin en mettant en place des équipes mobiles d'action sanitaire ;
- Mise en œuvre en collaboration avec des experts de l'organisation mondiale de la santé (OMS), de programme de santé pour lutter contre les maladies mobiles transmissibles qui prévalaient en ce temps-là.

b) La deuxième décennie (1972-1982)

A vu les pouvoirs publics accentuer leur action sur deux plans ; le plan sanitaire et le plan éducatif.

La nationalisation du pétrole de 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « *révolutions industrielles, agraire et culturelles* »⁵. Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décision politique.

⁴ ABDELKADER REMAL « *système de santé en Algérie* » le 27 avril 2013 état de santé Alger.

⁵ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Commission de la refonte de la prévention médico-sanitaire. Rapport d'activités et perspectives. Février, 2011.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

- 1973 l'année est marquée par deux mesures très importantes : L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins ; sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'Etat algérien, mesure dite de politique de médecine gratuite, tout citoyen algérien au droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes disposés aux assurés sociaux par les structures hospitalières.

La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire « 1000 médecine par ans » a été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiant formés dans ces disciplines.

- 1975 l'année est marquée par ; La programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes (un centre de santé pour 6 à 7000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25000 habitants, un hôpital par daïra, un hôpital par wilaya) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé⁶. Le premier des programmes mise en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances.⁷

L'état de santé de la population s'est considérablement amélioré durant cette décennie. Cette amélioration est due en grande partie aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles mise en place durant la première décennie. Cet état de fait s'est accompagné d'une explosion démographique. Cependant, les secteurs de l'habitat et de l'hydraulique ont été négligés ou de moins n'ont pas bénéficié d'une même attention que la santé et l'éducation de la part des pouvoirs publics. Est cette décennie caractérisée par :

- Explosion démographique ;
- Retard dans le développement d'autres secteurs sociaux ; habitat, hydraulique, urbanisme ;
- Emergence des maladies transmissibles : zoonoses, MTH⁸

⁶ Ministère de la santé et de la population et Organisation mondiale de la santé, Programmation sanitaire du pays, Alger, 1975.

⁷ Ministère de la santé et de la population, Programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances, Alger, 1975.

⁸ Colloque internationale sur les politique de santé Alger le 18 et 19 janvier 2014.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

La politique volontariste mise en œuvre jusqu'à 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80. Et malgré ces contraintes, l'Algérie s'est dotée d'importantes infrastructures sanitaires, a acquis de nombreux équipements en plus de l'existence d'un potentiel médical et paramédical non négligeable. En effet d'importantes ressources ont été mobilisées par l'état essentiellement à travers son budget tout en faisant contribuer la sécurité sociale au financement du secteur de la santé suite à quoi de succès indéniables ont été enregistrés par la politique sanitaire suivie. Cette dernière s'est traduite par une forte réduction de la mortalité et de la morbidité, en effet le temps de mortalité infantile qui était de 150 enfants pour 1000 en 1960 a chuté de deux tiers (2/3) en 1995 avoisinant ainsi 54.8 enfants pour mille par ailleurs, il Ya éradication de certaines maladies comme le paludisme ainsi que la disparition du typhus depuis 1978.

La gratuité de soins a certes permis l'accès généralisé aux soins, néanmoins, elle a engendré des effets pervers car des gaspillages énormes de ressource ont été enregistrées tant dans le financement non maîtrise des dépenses que de leur gestion financière et comptable. Ajoutée à cela une insatisfaction des malades utilisant, les services publics de soins et ce suite aux pénuries de médicaments et à leur mauvaise prise en charge⁹. Et cette période caractérisée par :

- La réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires ;
- Création de 13 CHU chargés de soins, de formation et de recherche. ; Recule de la mortalité (amélioration niveau de vie et programme nationaux de santé : tuberculose, malnutrition, mortalité infantile, PEV) ;¹⁰
- Meilleure maîtrise de fécondité. Amorce d'une transition épidémiologique, marqué par une baisse de certaine maladie transmissible ;
- De profond bouleversement socio-économique ;
- Difficultés cliniques d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et consommables ;
- Asphyxie financier du système public entraînant les réformes du système ;
- En 1986 : privatisation de l'exercice médical ;
- En 1990 : autorisation d'ouverture des clinique privées

⁹Salmi Madjid, système de santé en Algérie à l'heure transition plurielles ; élément pour une évaluation de la qualité des soins P28.

¹⁰ Colloque international sur les politiques de santé en Algérie le 18 et 19 juin 2014.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

1.4.2 La deuxième phase (1992-2000)

Tous ces dysfonctionnements interviennent au moment où le système de santé, en Algérie, se trouve à l'aube d'une seconde phase de transition plurielle caractérisée par une transition démographique, épidémiologique et enfin économique

a) La transition démographique

Les principales caractéristiques de la population algérienne des deux premières décennies post indépendance étaient la démographie galopante et le doublement de la population en 20 ans. Les calculs prospectifs de cette époque sont tous basés sur un taux d'accroissement naturel égal sinon supérieure à 3 % que la population devait atteindre les 30 millions d'habitants à la fin des années 1980. La population de l'Algérie a suscité beaucoup de débats passionnés en raison de cet accroissement très rapide. Son taux de natalité en atteignant le pic de 50 ‰ en 1966-1970 provoque un taux d'accroissement sans précédent dans son histoire au moment où la mortalité commence à reculer devant les efforts entrepris dans le domaine de la santé.¹¹

La première enquête démographique révèle la capacité remarquable de la population à se reproduire. Combinée à l'absence des pratiques contraceptives, les mariages très précoces entraînent une fécondité quasi naturelle de sorte que le nombre moyen d'enfants par femme est supérieure à 8 enfants. Les spécialistes expliquent cette situation par des facteurs conjoncturels en relation avec les conditions sociales, culturelles et économiques de l'époque coloniale. La récupération des naissances (*et aussi des mariages*) ; empêchées par la colonisation et la guerre, est l'argument le plus courant pour expliquer la forte natalité des années 1960 et 1970.

La période allant de 1986 à nos jours connaît une baisse de la natalité et de la mortalité qui atteint 5 ‰ en 1986-1990 et coïncide avec le début de la troisième phase de la théorie de la transition. En effet, le taux d'accroissement naturel est en chute depuis 1986 et atteint le niveau de 1.4 ‰ en 2002¹².

La baisse spectaculaire de la mortalité infantile, en plus des résultats obtenus grâce aux différentes réalisations d'infrastructures sanitaires, est sans doute le facteur primordial de la baisse de la mortalité générale. La mortalité infantile passe de 81.24 ‰ en 1984 à 51.1 ‰ en 2000 et la mortalité générale infantile s'élève à un peu plus de 103 ‰ et celle de la mortalité générale à 12.9 ‰.

¹¹ AISSA delenda – Abdelkrim Foudil, la transition démographique en Algérie, faculté des sciences humaines et sociale – université d'Oran.

¹² Office National des Statistiques, Démographie Algérienne, 2015, Données Statistiques N° (740), Donnée (2015) <http://www.ons.dz>.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

Tableaux N° 1 : Evolution des taux brute de natalité et de mortalité de 1901 à 2003 ; p¹³1000.

Période	Natalité	Mortalité
1901-1905	37.8	32.8
1906-1910	35.5	30.5
1911-1915	35.4	29.6
1916-1920	35.3	27.4
1921-1925	34.9	31.4
1926-1930	37.2	29.4
1931-1935	43.4	25.3
1936-1940	42.1	25.1
1941-1945	42.9	43.3
1946-1950	42.2	32.2
1951-1955	47.4	20.6
1956-1960	45.6	17.6
1961-1965	45.6	17.6
1966-1970	48.5	14.6
1971-1975	50.1	16.7
1976-1980	47.3	15.9
1981-1985	44.4	12.9
1986-1990	39.5	6.7
1991-1995	32.3	5.0
1996-2000	29.7	6.1
2001-2003	20.1	4.5

Source : Office national des statistiques.

¹³ Source, office national des statistiques.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

Tableau 02 : Evolution de la population. De l'année 2000 jusqu'à 2015.

Années	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population									
Population au milieu de l'année (en milliers).	30 416	34 591	35 268	35 978	36 717	37 495	38 297	39 114	39 963
Accroissement naturel (en milliers).	449	663	690	731	748	808	795	840	858
Taux d'accroissement naturel (en %).	1,48	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15
Taux dépendance démographique ensemble (en %).	68,5	55,0	55,2	55,0	55,4	56,2	57,3	58,5	60,1
Taux de dépendance démographique moins de 15ans.	57,1	43,5	43,7	43,0	43,0	43,5	44,2	45,0	46,1
Taux de dépendance démographique 60ans et plus	11,3	11,5	11,5	12,0	12,4	12,7	13,1	13,5	14,0
Natalité-Fécondité									
Nombre de naissances (en milliers).	589	817	849	888	910	978	963	1 014	1 040
Taux brut de natalité (en ‰).	19,36	23,62	24,07	24,68	24,78	26,08	25,14	25,93	26,03
Indice conjoncturel de fécondité (enfants/femmes).	2,4	2,8	2,8	2,9	2,9	3,0	2,9	3,0	3,1
Mortalité Générale									
Nombre de décès (en milliers).	140	153	159	157	162	170	168	174	183
Taux brut de mortalité	4,59	4,42	4,51	4,37	4,41	4,53	4,39	4,44	4,57

Source : Démographie Algérienne 2015, www.ons.dz.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

Remarque

Ce tableau montre l'impact de l'augmentation des naissances vivantes sur l'accroissement naturel de la population entre 2000 et 2015, donc la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 449000 personnes en 2000, soit un taux d'accroissement naturel de 1,48%, et 858000 personnes en 2015, soit un taux d'accroissement naturel de 2,15%. Et aussi ce tableau montre 589000 naissances vivantes dont 140000 décès en 2000 ainsi que 1040000 naissances vivantes dont 183000 décès en 2015, donc on remarque l'augmentation de nombre des naissances vivantes ainsi que de nombre de décès chaque année.

a) La situation épidémiologie

Le profil épidémiologie de l'Algérie marqué à la fois par la persistance des maladies transmissibles, dont certaines sévissant encore à l'état endémique, et par l'impact grandissant des maladies non transmissibles, dont celles liées à l'environnement social et aux modes de vie. En effet, l'Algérie a connu à partir de 1994 plusieurs épidémies de diphtérie de tuberculose, de rougeole et de leishmaniose cutanée. Par conséquent, il y a réémergence de maladie infectieuse, de même que les maladies à transmission hydrique ainsi que les zoonoses.

La transition épidémiologique de l'Algérie est donc marquée par la persistance des maladies transmissibles qui caractérisent les pays en voie de développement. A cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles, à l'exemple des cancers, du diabète, des affections cardiovasculaires, des affections rénales. Ces maladies sont venues se greffer à celles déjà existantes en raison de l'augmentation de la population et surtout à son processus de vieillissement devenant un processus inéluctable en Algérie.

La situation épidémiologique en Algérie recouvre l'ensemble des maladies transmissibles telles que :

- *Les maladies contrôlables par la vaccination ou maladie du programme élargie de vaccination (PEV) : cause en raison des progrès considérables de la vaccination des enfants, notamment la diphtérie, le tétanos ;*
- *Les maladies à transmission hydrique ; constituent toujours des pathologies fréquentes affectant la morbidité, font partie du cortège des maladies du sous-développement ; elles constituent à affecter fortement la santé des citoyens et à grever le budget de la santé ;*
- *Les zoonoses ; ou maladies transmises par un vecteur animal, les plus fréquentes en Algérie et se décomposent en trois groupes :*

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

- La brucellose ;
- La leishmaniose ;
- La rage humaine ;
- *Les infections sexuellement transmises et le SIDA* ; l'Algérie a engagé la lutte contre le SIDA depuis son apparition en 1985, est aussi l'Algérie a adopté un plan national stratégique 2013/2015 se veut être la traduction de l'engagement de l'Algérie à la déclaration politique sur le VIH SIDA adopté par l'assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA en juin 2011.dans laquelle il est prévue (d'actualiser et mettre en œuvre dans le cadre de processus inclusifs dirigés par les pays et transparent, des stratégie et des plans nationaux multi sectoriels de lutte contre VIH ¹⁴et le SIDA).¹⁵

b) La situation économique et sociale

La transition économique et sociale qui traverse le pays a indéniablement influencé sur le secteur de la santé car ce dernier subit à l'instar des autres secteurs relevant de la vie économique et sociale, les contre-performances enregistrées par l'économie Algérienne depuis 1986 à nos jours.

Ces contre-performances sont dues essentiellement aux bouleversements socio-économiques ayant caractérisé l'Algérie suite à la chute de ses revenus procurés par la vente des hydrocarbures, l'écrasant poids de la dette extérieure réduisant à néant tout effort de développement, en plus du passage à l'économie de marché qui a vu le pays se transformer en un vaste chantier de réforme économique se traduisant par une baisse dans l'allocation de ressources pour le secteur de la santé.

Et cette période se caractérise par ;

- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (*logement, éducation, santé*) ;
- Une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique ;
- L'insuffisance de productivité avec la chute des prix de pétrole et l'augmentation considérable du poids de la dette extérieure et le passage désordonnée à l'économie de marché avec comme effet ;
- La dévaluation de dinar, et le développement du chômage et d'une inflation élevée.

¹⁴ VIH ; virus de l'immunodéficience humaine.

¹⁵ Déclaration politique sur le VIH/SIDA ; intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA, juin 2011.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

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

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel sont : la réduction des importations des médicaments et de réduire les dépenses de santé « *les mesures prises à cet effet n'ont pas répondues à l'objectif fixé. Mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financières sur les ressources collectives, sans que l'efficacité n'aie suivi* ».

1-4-3 La phase actuelle (2000-à nos jours)

Malgré les efforts déployés et les résultats obtenus, le système national de santé demeure confronter à de multiples contraintes, et cette période est défini par la volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme. Caractérisée par une amélioration des ressources du secteur de la santé. Grâce à la situation favorable des prix du pétrole et des recettes fiscales de l'Etat. Et l'évolution des données socio-économiques du pays caractérisée essentiellement par une récession économique qui s'est accompagnée de très vives tensions dans le domaine social et la mise en œuvre des réformes économiques ayant pour conséquence la chute des dépenses de santé. Et que l'état s'est peu à peu désengagé pour laisser place à une participation progressive de certaine catégorie de citoyens pour le financement de leur santé.

Et depuis l'année (2002) Ilya un soutien sur la relance de l'économie et les indicateurs de santé publique connaissant une amélioration significative à savoir¹⁶ :

- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB passant 3.5% en 2000 à 5.08 en 2009 ;
- Rattrapage sur le plan infrastructure : nouvelle construction de structure hospitalière et des investissements massifs en matériels et équipements ;
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 ;
- Maintien des reformes (*contractualisation et libéralisation totale. Emergence des clinique privée*).

¹⁶ Rapports NABNI 2020.Op.cit. P11.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

Depuis janvier 2009, une nouvelle disposition réglementaire a été prise dans le domaine de l'organisation de santé. Instituant une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre.¹⁷

- Des structures extra hospitalières assurant la prévention et les soins de base ;
- Création des EPH (*établissement public hospitalier*) : pour des soins spécialisés ;
- Le maintien des CHU (*centre hospitalier –universitaire*) et EHS.

Tableau 03 : Evolution des infrastructures de santé publiques (1996-2013)

Infrastructures publiques	1996	2013
CHU	13	14
Nombre de lits	15845	13254
EH	0	5
Nombre de lits	0	850
EHS	21	69
Nombre de lits	5913	10952
EPH	176	195
Nombre de lits	29955	38156
EPSP		
EPSP	271	271
Nombre poly	455	1627
Nombre salles de soins	3748	5484

Source : données du MSPRH (*Ministère de la Santé, de population et de la Réforme Hospitalière*).

En outre, il existe cinq régions sanitaires au niveau national, chaque région regroupe un certain nombre de wilayas, et au niveau de chaque wilaya on retrouve la Direction de la Santé et de la Population (DSP de wilaya), qui est régie par le décret exécutif n° 97-261 du 14 juillet 1997¹⁸.

I-2 Le financement du système de santé en Algérie

Le financement de la santé demeure une préoccupation importante, il est passé par des différentes périodes. Le système de santé algérien est organisé autour d'un secteur privé. Le ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et ceux de la santé publique, et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

2-1 L'historique de financement du système de santé en Algérie

L'Algérie fut soumise à une colonisation de peuplement qui a profondément détruites structures sociales et économiques traditionnelles en faveur d'un système colonial dans lequel la population indigène était placée sous un statut juridique, social et économique, de citoyens de seconde zone.

¹⁷ Rapports NABNI 2020 *Op.cit.* P12.

¹⁸ Comptes nationaux de santé de l'Algérie, année 2000-2001, publié en mai 2003, P16.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

2-1-1 Financement socialisé

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée "prix de journée" déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements wilayas et les organismes de sécurité sociale.

Les recettes des hôpitaux étaient constituées par les paiements effectués par, les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayants droits (environ 30% DNS), par l'Etat et les Collectivités Locales (*Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes*) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence (60% DNS), et par les particuliers (*couches aisées et les professions libérales*) qui payaient directement leurs soins (10% DNS)¹⁹.

Ce mode de financement a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée élevé pour l'année suivante, ils devaient faire « *tourner la machine à plein* »²⁰. Ainsi, plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient des actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque c'est la Sécurité sociale qui payait. Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages n'étaient pas sanctionnés, la croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter.

Malgré ses inconvénients, ce système a fonctionné pendant près de 10 ans. D'une part parce qu'il a permis de financer la rénovation de l'hôpital. D'autre part parce que, à l'exception de la Sécurité sociale, ils étaient tous gagnants : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale ; les médecins hospitaliers qui ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale ; les fournisseurs de biens et de services qui vivaient de ce marché florissant.

Ainsi, si l'expansion économique des trente glorieuses a permis des avancées considérables en matière sanitaire et sociale, elle a toutefois entériné un contexte dans lequel les préoccupations des gestionnaires s'effaçaient devant la prépondérance de la logique professionnelle.

¹⁹ LAMRI labri, « *Accroissement de la dépense nationale de santé des ménages ; facteur explicatifs* », Séminaires sur « *le système de santé Algérien à l'épreuve de la transition plurielle* ». Le 03 Mai 2015 Hôtel Mazafran-Zéralda.

²⁰ IMBERT J. (1994). *Les hôpitaux en France*, PUF, 6^{ème} édition mise à jour, 1^{ère} édition, 1958 P83.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

2-1-2 La dotation globale de financement

À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé (*substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la formule « budget global »*). Cette décision politique facilite l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, surtout pour les démunis²¹. L'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé. Les dépenses de santé s'élevaient en 1973 à 874 millions de DA et représentaient environ 1,6 % du produit intérieur brut (PIB)²².

Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts. Pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles). Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux, au cours des années 80, dans de nombreux systèmes de santé.

La mise en place de la procédure de budget global en Algérie était censée résoudre l'étranglement financier des hôpitaux induit par les retards de paiement des factures et par les difficultés de recouvrement des créances auprès des administrations et des organismes de sécurité sociale d'avant 1974.

Le principal avantage du budget global pour les bailleurs de fonds tient au fait qu'il offre un moyen simple d'assurer la prévisibilité budgétaire et de limiter l'augmentation des dépenses des hôpitaux par l'effet de levier de l'offre de budgets plafonnés, et le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficacité, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services.

Ce sont les inconvénients de ce système qui ont généré le besoin de lier financement et niveau de services. C'est aussi ce qui a incité les établissements et les bailleurs à développer des systèmes d'évaluation, de classification et de coût des activités dans les établissements.

2-1-3 Financement réaménagé

Le financement socialisé des hôpitaux allait être partiellement aménagé à partir de la deuxième moitié des années 80. En plus de la décision de 1984 de ne plus distribuer les médicaments gratuitement pour les soins ambulatoires, il fut décidé de faire participer les usagers à raison de 20% (*ticket modérateur*) du coût des examens radiologiques, des analyses

²¹ CHACHOUA, « *le système national de santé, 1962 à nos jours* », colloque international sur les politiques de santé. Alger, les 18 et 19 janvier 2014.

²² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

médicales et des explorations fonctionnelles, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1987²³.

La participation grandissante des ménages aux dépenses de soins a été favorisée essentiellement par l'élargissement de l'offre privée des soins au début des années 1986. L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveau défi pour l'Etat qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux en moyens financiers²⁴.

Les chiffres rapportent qu'en 1988, les dépenses des ménages étaient estimées à un taux de 18,9 % de l'ensemble des dépenses nationales de santé. A la même date nous avons enregistré une participation de l'Etat de 20 % et celui de la sécurité sociale de 60,3²⁵ %. Ces taux étaient appelés à changer d'année en année en fonction de l'élargissement du secteur privé et des modifications des parts de marchés de soins en Algérie.

Avec le projet de tarification l'Etat prévoyait de réaliser des rentrées annuelles entre 2,5 à 3 milliards de DA pour couvrir les charges de fonctionnement qui étaient considérée comme étant très lourdes surtout que les dépenses de personnels à elles seules représentaient les 70% de l'ensemble des dépenses. Les tarifs qui étaient fixés par arrêté interministériel du 07janvier 1995 à 50DA pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA.

Le prix des consultations spécialisées qui était de 100DA est passé à 200DA et le tarif pour une journée d'hospitalisation est passé de 200 à 700 DA la journée. Les revenus de ces nouvelles participations étaient ventilés à la hauteur de 60% au profit des travailleurs, 20% destinés au budget des établissements et 20% pour l'amélioration des conditions d'accueil et de restauration²⁶.

I-2-2 Les différents périodes de financement du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours

Le financement du système de santé algérien est assuré par l'Etat, les organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et les usagers ou ménages. Avant 1974, le financement de la santé provient pour 60% de l'Etat pour la prise en charge les plus démunis de la population, 30% par la caisse de sécurité sociale pour leurs affiliés et 10% par les usagers

²³ MEBTOUL Mohamed, « *la médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie* ». Médecine et santé N°5, 1999.

²⁴ BENACHENHOU Abdelatif « *l'aventure de la désétatisation en Algérie* » revue de monde musulman et de la méditerranée N65, 1992, p 175-185.

²⁵ Rapport de l'organisation Mondiale de la santé, 2004.

²⁶ KARA TERKI Assia « *la régulation de l'offre dans le nouveau système de soins public* ». Thèse de doctorat en science économiques ; université ABOU BEKER Belkaid de Tlemcen, faculté des sciences économiques et de gestion, 2009, p334.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

eux-mêmes. Après 1974, les financeurs du système de santé, sont l'Etat, les collectivités locales de 1970 à 1979, la sécurité sociale, la Pharmacie Centrale Algérienne (PCA) de 1980 à 1981 et les usagers qui contribuent depuis 1975, d'une manière symbolique au financement des frais de consultation et de séjour en milieu hospitalier.

L'histoire de ce parcours peut globalement représenter quatre périodes différentes :

- Une phase de réorganisation du secteur et de distribution des moyens disponibles, couvrant la période comprise entre les deux premiers plans (1962-1974) ;
- Une phase de recentrage du développement du secteur à la lumière des dispositions relatives à la gratuité des soins. Cette période couvre le deuxième plan quadriennal (1974-1979) ;
- Une phase de développement intensif marquée par la mise en place des principaux éléments de la politique sanitaire au cours du premier plan quinquennal (1980-1984) ;
- Une phase de la stabilisation de la croissance, qui correspond à la période entre (1984-1989). Le début de cette période, c'est-à-dire jusqu'à 1986 elle est caractérisée par la recherche des aspects qualitatifs et l'investissement dans les soins lourds. La seconde période qui débute à partir de 1986, elle caractérise le début de la crise économique et financière en Algérie ;
- Une phase de relance de l'investissement public avec une modification du schéma de la distribution des soins.

2-2-1 Période de financement mixte (1962-1974)

Cette phase est dite phase antérieure à la gratuité des soins. Elle se caractérise par l'héritage du système colonial qui reproduit l'aspect individualiste dans la prise en charge des dépenses de soins. Cette période recouvre également les premiers pas vers la socialisation du système, puisque le premier plan triennal et malgré les faibles ressources de l'État, prévoit des dépenses financières importantes.

Et cette période se caractérise aussi par la reconduction de L'AMG après l'indépendance. Cette L'AMG s'adresse aux populations défavorisées, aux (*indigents*)²⁷.

a) Les caractéristiques

Le financement des services de santé, il se fait de trois manières :

- L'Etat et les collectivités locales interviennent pour 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des AMG. Les malades démunis qui constituent la

²⁷LAMRI Labri, « financement de la santé en Algérie » : Revue de presse : <http://www.Ressma.ma/Doc%5CSYTENE%20Algérie-financement.PDF>.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

quasi-totalité des patients sont pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré à :

- 75% par ce trésor public.
- Et à 25% par les caisses de solidarité des départements et des communes.
- La caisse de la sécurité sociale prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droit. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30% du prix de journée ;
- Les personnes autonomes en matière de prise en charge sont les professions libérales, les petits industriels, agriculteurs, et les commerçants qui règlent directement leurs dépenses de santé. Leur participation ne représente que 10% des dépenses de santé.²⁸

b) Les modalités de financement existantes durant cette période

Les modalités du financement, qui existaient à l'époque, étaient axées sur trois sources

1. Les sources propres ;
2. Les remboursements des frais ;
3. Les avances.

▪ Les sources propres :

Ce sont toutes les ressources collectées à travers le paiement effectué par les malades solvables « *commerçants, industriel....* », Qui avaient accès aux soins auprès des structure de santé.

Les ressources collectées étaient faibles car le recouvrement des créances émises par l'hôpital, auprès des malades, a rencontré de grandes difficultés. Ces malades devaient payer leurs factures, qui n'étaient pas exigées à leur sortie de l'hôpital, mais plutôt envoyées à leur adresses personnelles

▪ Les remboursements des frais

Les assurances sociales s'occupaient du remboursement des frais d'hospitalisation de leurs assurés ou leurs ayants droit qui avaient bénéficié de ces soins d'hospitalisation.

Ces remboursement étaient calculés sur la base d'une tarification journalier, le prix de la journée était fixé annuellement par la tutelle.

La sécurité social a, cependant opposé une prescription biennale pour le recouvrement des créances émises contre elle. De ce fait, le recouvrement d'hospitalisation, auprès de cette dernières. S'avère difficile.

²⁸ NOURA KAID : le système de santé algérien entre Efficacité et Equité, thèse de doctorat d'état en science économique, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, de sciences commerciales et de gestion P56.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

▪ *Les Avancées*

Elles émanaient à raison de 85 % du trésor, les 15 % restant étaient à la charge des départements et communes. Le budget des collectivités locales devait couvrir et prendre en charge, les dépenses de santé d'une catégorie particulière de malades (*les indigents*), ou (*démunis soucieux*) Ces derniers devaient être munis d'une carte d'indigence délivrée par les services communs. Comme l'institution sanitaire avait rencontré des difficultés pour le recouvrement des créances auprès de la sécurité sociale et des malades.

2-2-2 Période de la gratuité totale des soins (1974-1988)

Au cours de cette période, les acteurs sanitaire étaient constitués et le champ de la demande de consommation de soins médicaux s'était considérablement élargi avec l'emploi industriel, qui exige une certaine (*normalisation médicale*), et avec les travailleurs exposés aux (*risques professionnels*).

a) Les caractéristiques

L'année 1974 est le début de la deuxième phase de l'histoire de l'édification du système de santé Algérien. Elle marque d'abord une rupture totale avec l'ancien système hérité à l'indépendance, puis la mise en place d'un nouveau système compatible avec les principes de socialisme²⁹. Faisant de ce choix irréversible et inchangeable dans n'importe quelle situation où se trouve le pays. La santé devient un droit fondamental pour tous les citoyens, c'est un droit qui est protégé par la souveraineté de l'État car tous ses principes sont dictés par les textes de la charte et de constitution.

Durant la décennie 1980, en raison de la baisse de rente pétrolière et de l'endettement de l'Algérie et l'augmentation de la demande des soins, les autorités publiques ont été obligées de faire des ajustements de l'organisation sanitaire.

- Option socialiste/ volonté politique visait la construction d'un système national de santé ;
- Institution de la médecine gratuite/accès égale ;
- Blocage institutionnel du secteur privé, monopole de l'Etat sur les médicaments/ équipements médicaux ;
- Mise en place de la budgétisation ;
- Tous les établissements publics de la santé sont organisés en secteurs sanitaires et reçoivent un budget de fonctionnement (*plus tard en SS, CGU, EHS*) ;
- Dans le cadre des infrastructures, le taux de réalisation des hôpitaux a été le plus élevé (*57 % des investissements*). Alors que la réalisation des structures décentralisées n'a abordé

²⁹ La charte nationale, loi du 31 décembre 1973.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

que 20% des investissements. En ce qui concerne le budget des secteurs sanitaires consacrés aux polycliniques et centre de santé est dérisoire « *car, la politique de prévention (la proximité aux institutions légères de soins de santé de base) était marginalisée pendant cette période* ».

b) Les modalités de financement existantes durant cette période

Pendant cette période, les modalités de financement étaient basés sur ;

1. Les sources propres ;
2. La sécurité sociale ;
3. Les subventions de l'état.

▪ Les sources propres

Les sources propres étaient est soins (*les malades avaient nulles en raison de l'instauration de la gratuité des soins sans pour autant payer les prestations médicales*).

▪ La sécurité sociale

La pratique de la (*dotation annuelle*) avait déjà remplacé celle inopérant de la facturation des frais médicaux des assurés sociaux, un nouveau type de rapport est aussi apparu entre la sécurité sociale et les structures de santé publiques.³⁰

Cette implication directe a conduit la sécurité sociale à se retrouver comme source de financement de prestation médicale du segment public, par le (*forfait hôpitaux*) annuel versé au secteur sanitaire, et de segment privé, par le remboursement partiel des frais médicaux et pharmaceutiques aux assurés.

▪ Les subventions de L'Etat

La gratuité des soins fut prise en charge par l'Etat, l'institution de cette médecine s'est accompagnée de la mise en œuvre d'une nouvelle procédure appelée « *budget globale* » (*budgetisation*) qui consiste à allouer un budget spécial aux établissements publics de santé.

2-2-3 Période de l'application des réformes de financement et introduction d'une participation financière des ménages pour leurs soins (1988-1998)

a) Les caractéristiques

Les années 80 se caractérisant également par l'unification des structures sanitaires publiques, et la privatisation de l'exercice des professions médicales. Et en 1987 s'est créé le CHU ; il considère comme étant une entité sanitaire autonome par rapport aux secteurs sanitaires³¹.

³⁰ Kebdi noura ,kara karima , le financement de la santé en Algérie. Faculté des sciences économie et des sciences de gestion université mouloud Mammeri Tizi-Ouzou P26.

³¹ Centre hospitalo-universitaire.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

A partir de l'année 1988, le pays a connu une grave crise économique traitée par l'application d'un sévère plan d'ajustement structurel ou l'ancien mode de financement basé sur la gratuité des soins est devenu non opérationnel rendant le financement du système problématique. Une série de première réforme a été engagée et a porté sur les éléments suivants :³²

- Révision de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public ;
- Démonopolisation du marché des médicaments et des équipements medicotechniques avec apparition rapide d'opérateurs privés essentiellement dans l'importation au début et de production locale timide, n'ayant pas encore atteint un niveau respectable ;
- Participation financière des usagers en progression exprimé avant même l'atteindre de la crise économique de son pic en 1988 par : l'arrêt définitif de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire depuis 1985 ainsi que la participation des usagers à hauteur de 20% du cout des examens, explorations et analyses depuis 1986.

Durant la période ou de la crise économique a atteint son sommet à partir du début des années 90, l'État a introduit en janvier 1995, une participation financière des usagers des établissements publics de santé.

b) Les modalités de financement existantes durant cette période

Pendant cette période, les modalités de financement étaient recouvre deux éléments.

1. Les ressources propres ;
2. La sécurité sociale ;
3. Les subventions de l'Etat.

▪ Les ressources propres

Cette phase se caractérise par la remise en cause partielle du principe de la gratuité des soins, remise en cause due au rétablissement du ticket modérateur en 1984. Il consiste à payer un certain nombre de soins et d'actes médicaux à titre ambulatoire (soins prodigués aux malades non hospitalisée, soins externes OMS) ainsi que les analyses de laboratoire et de biologie.

▪ La sécurité sociale

La sécurité sociale a supporté diverse dépense en intégrant des 1984 les dépenses d'équipements, de substitution aux soins à l'étranger ainsi que le remboursement partiel des frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par le recours des assurés aux secteurs de

³² Achène ZEHANTI, les évolutions Récentes du système de santé Algérien. L'évolution des modalités du financement de la santé, p 66.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

soins privés. La sécurité sociale est donc devenue une source de financement quasi-exclusif des dépenses publiques de santé.

• Les subventions de l'Etat

Durant cette période nous remarquons que le trésor assure moins de 30 % du financement public de santé. Ce fut une « *débudgétisation relative* » des dépenses des secteurs sanitaires qui a permis le désengagement progressif de l'Etat de 1974 à 1986.

Tableaux N°4 : Financement de système de santé en % de 1980 ou 1989

Source	1980	1985	1989
Etat « budget »	29.3	17.9	19.94
Sécurité sociale	39.9	55.2	60.24
Ménage	24.4	24.6	18.72
Autre (Cités, locales CMC, divers)	4.4	2.3	1.10
Total	100	100	100

Source : Ministère de la santé, « Rapport général sur l'organisation du système de santé » janvier 1990.

Remarque

Ce tableau représente l'évolution des sources de financement de la santé en Algérie

En effet ce tableau fait ressortir que durant la période (1980-1989) après que l'Etat elle a vu une diminution durant les années 80 la sécurité sociale prend premier rang dans le financement des dépenses national de santé surtout à partir de 1985 après les premiers signes des difficultés économique et financière en Algérie avec un pourcentage de 55.2% en 1985 et 60.24% en 1989.

2-2-4 Période de la croissance du recours des ménages aux prestataires privés de la santé (1999 à nos jours)

Grace au renchérissement des prix des hydrocarbures durant la décennie 2000 et au –delà jusqu'à 2014, l'Algérie a continué d'enregistrer une croissance économique positive :

Le PIB a progressé une moyenne annuelle de près de 5% durant cette période. Bien qu'il y ait encore de grandes disparités entre les revenus et les régions, il faut connaitre que le pouvoir d'achat de nombreuses couches d'Algériens s'est amélioré jusqu'à les inciter à avoir souvent recours aux services de santé du secteur privé. Ce dernier a connu une rapide expansion notamment dans sa composante hospitalière (*cliniques*) et médicotechnique (*appareillage médical avec des technologies de pointe, IRM, scanners de dernière génération, centre de radiothérapie, l'laboratoire d'analyses...*).

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

En 2013, on a dénombré près de :³³

- 20 000 cabinets médicaux privés (*médecins spécialistes, généralistes et chirurgiens-dentistes*) ;
- 170 cliniques spécialisées avec hospitalisation disposant de 2200 lits ;
- 160 centres d'hémodialyse ;
- 56 cliniques chirurgicales ophtalmologiques et ORL ;
- 4 centres d'appareillages médicaux ;
- 2 centres de diabétologie ;
- 3 centres de rééducation fonctionnelle.

Et suite à la stabilisation économique tentant de limiter les déficits publics, cette politique se traduit par une action :

- Action de limitation de secteur public et la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts ;³⁴
- Ces ressources sont affectées principalement aux secteurs sanitaires et aux établissements hospitaliers spécialisés avec plus de 70% du budget, suivis par les CHU avec près de 20% du budget ; quant au reste du budget de la santé, il est réparti entre les directions de santé publiques, des écoles de formation paramédicale et des dépenses de l'administration centrale à Alger³⁵.

Tableau 5 : Le financement du système de santé algérien à partir des années 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Croissance. PIB	3.8	3.0	5.6	7.2	4.3	5.9	1.7	3.4	2.0	1.7	3.6	2.1
% d'accroissement. Dépenses de santé/hab.	-	7.9	-5.9	17.2	18.7	8.0	14.26	28.3	31.8	- 2.8	9.8	13.4
Dépenses. santé/hab. \$ US	63	68	64	75	89	96.1	109.8	141	186	180.5	198.2	224.8
Dépenses. santé en % PIB	3.5	3.8	3.5	3.5	3.4	3.1	3.1	5.5	5.4	4.6	4.3	3.9
Dépenses publiques de santé (% DTS)	73.3	77.4	75.3	77.4	72.5	74.8	81.1		86	79.3	79.9	82
Structure des dépenses (%)												
Trésor	37.8	44.1	39.6	42.5	39.3	43.2	54.4		55.1	48.2	49.9	50.4
Sécurité Sociale	35.5	33.3	35.7	34.9	33.2	31.6	26.7		31.0	31.1	30.0	31.6
Ménages	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2	18.9		13.9	20.7	20.1	18.0

Source : BRAHAMIA Brahim, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 Janvier 2014.

³³ Les évolutions Récentes du système de santé Algérien. L'évolution des modalités du financement de la santé, *Op.cit.* p 69.

³⁴ OUFRIHA F. Z ; Ajustement structurel, privatisation et dépense de santé en Algérie.

³⁵ MEKALT Khoukha et BRAHAMIA Brahim. Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement. PP12-13.

Chapitre I : Aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie.

- Ces données montrent l'augmentation et la structuration du pourcentage de financement des dépenses de santé en Algérie par habitant dans la période 2000-2011. Cela montre la croissance de la demande de soins de santé en Algérie. Et l'augmentation des dépenses de santé et la rigidité de l'emploi ont entraîné un plus grand apport de l'Etat et les dépenses publiques représentent près de 80%.

Conclusion

Nous avons relevé à travers ce chapitre que, l'Algérie a voulu mettre fin à un système qui répondait aux besoins de toute une population

L'évolution du système de soins en Algérie est brièvement décrite et mise en évidence, après la prise du pouvoir par le gouvernement algérien en 1962

La transition démographique se traduit par une croissance rapide de la population ainsi une hausse de volume des décès. Les enfants et les jeunes constituent une majorité de la population Algériens. Des mortalités maternelles et infantiles encore anormalement élevées. Et une transition épidémiologique se traduit par une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses (hydriques, tuberculose...)

En Algérie, le financement des dépenses de santé est dérivé seulement de trois sources principales (l'Etat, les assurances sociales, les ménages). 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. Le secteur public est dominant, sous tutelle de l'Etat.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Introduction

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. Le financement doit concerner en priorité, la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation sanitaire.

Un centre Hospitalo-universitaire (CHU) est un établissement public à caractère administratif, à but non lucratif, crée sur proposition conjointe du ministère de la santé et de la population et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Dans ce présent chapitre, nous présenterons l'historique, mission, rôle et représentation graphique du centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou d'où nous démontrerons notre domaine d'étude.

A partir des éléments conceptuels, nous allons établi le cadre de la recherche sur le terrain dont l'objectif d'apporter des éléments de réponses à la problématique de départ.

A ce moment notre travail de recherche, nous devons rapprocher notre cadre conceptuel avec la réalité sur le terrain.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

III-1 Présentation du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou

Le centre Hospitaliers Universitaire NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est sous la double tutelle du MSPRH, et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, sont personnel médical possède le rang magistral, assure les activités de soins, de recherche et de formation.

1-1 Historique du centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou (CHU-TO)

En 1956, les autorités ont procédé à la création de l'hôpital de Tizi-Ouzou. Celui-ci comportait au départ un nombre restreint de discipline médical (la médecine, la chirurgie générale, la pédiatrie et la générale, la pédiatrie et la gynécologie). Il comportait aussi un service d'hospice.

En 1974, avec l'avènement de la médecine gratuite, il Ya en institution de secteurs sanitaires à travers tout le territoire national selon la formule de découpage administratif à l'échelle de daïra. Alors un secteur sanitaire est défini comme étant l'ensemble constitué de tous les hôpitaux et toutes les unités physique de santé implantés dans une même daïra. Ces unités peuvent être de simple salle de soins, de centres de santé, des polycliniques, des cliniques de maternité, de PMI (petite et moyenne institution) aux autres et dépendant entièrement de l'un de ces hôpitaux qui représentent le siège du secteur sanitaire. Ainsi, l'hôpital régional de Tizi-Ouzou avec les unités de santé qui lui étaient reliées devient le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou.

En 1982 avec l'ouverture de la formation « BIOMEDICAL » ou secteur sanitaire de Tizi-Ouzou. Ce dernier fut érigé en secteur sanitaire universitaire (S.S.U), il assurait deux disciplines :

- La santé publique ;
- La formation des étudiants en BIOMEDICAL ;

On commence par une présentation de la population de notre étude et ses caractéristiques.

La population d'étude peut être définie comme « *l'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations. C'est ce qu'on appelle aussi la population-mère* »¹.

Afin d'éclairer et d'approfondir nos recherches, nous avons fait le choix de recueillir une partie des informations au centre hospitalo-universitaire «*NEDIR Mohamed*» de Tizi-

¹AKTOUF, Omar. *Op.cit.*, p.71.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Ouzou, qui est un établissement public à caractère sanitaire doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il est créé par décret n°86-25 du 11 février 1986, modifié par le décret n° 86-302 du 16 décembre 1986, et le décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des CHU²

En effet, le CHU de Tizi-Ouzou dont le siège est situé à l'hôpital Nedir Mohamed est constitué des unités suivantes :

- Unité de Balloua ;
- Clinique dentaire ;
- Consultation spécialisées ;
- Médecine de travail.

1-1-1 présentation du CHU-Nedir Mohamed T.O

Le CHU de Tizi-Ouzou est à la fois institution, organisation, et système, car il englobe : la formation, la recherche, les soins, et les examens pour une évolution socioculturelle.

Le secteur de la santé public et les CHU, en particulier, jouissent d'un soutien privilégié, de la part de l'État, car ils constituent des instruments importants pour la mise en œuvre de sa politique en matière de soins.

1-1-2 Les missions du CHU de T-O

Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en sciences médicales, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'étude et de recherche. Il assure donc les missions suivantes :

a) En matière de santé

- Assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- Appliquer les programmes nationaux et locaux de santé ;
- Participer à l'élaboration des normes d'équipements sanitaires scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- 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 fléaux sociaux ;

² Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo- Universitaires.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

- Assurer pour la population résidente à proximité la couverture sanitaire de qualité.

b) En matière de formation

- Assurer la liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur et de formation en sciences médicales, la formation graduée et poste graduée en science médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;
- Participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

c) En matière de recherche

- Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine de la santé ;
- Organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestation technique et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en santé.

d) En matière de prévention

Le CHU participe à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation sanitaire des patients accueillis, et aux campagnes collectives d'information du grand public par des actions coordonnées avec le réseau associatif (*sida, toxicomanie, lutte contre le tabagisme, risques cardio-vasculaires, médecine sociale et humanitaire...*).³

1-1-3 Objectif du CHU de Tizi-Ouzou

Le CHU de Tizi-Ouzou a objectif principal :

- D'assuré les soins dans les disciplines telles que la chirurgie, la médecine interne, la pédiatrie, l'hospitalisation des malades et leur suivi nécessaire ;
- D'assuré également la formation médicale et paramédicale.

Les consultations et les séjours de malades avec un pourcentage très minime qui est une ressource propre à l'hôpital.

1-1-4 Organisation administrative de CHU de Tizi-Ouzou

Dans le cadre de ses missions, le CHU de Tizi Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif.

a) Conseil d'administration

Ce conseil, il comprend le représentant de ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de

³Les missions du CHU de Tizi-Ouzou. Disponible sur : <http://chuto.dz> (Consulté le 27/09/2017).

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, de l'assemblée populaire de la commune siège de CHU, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ces paires, des personnels médicaux élu par ses paires, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses paires, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil scientifique du CHU.⁴

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent mais, en cas interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat.⁵

b) Le directeur

Le directeur de centre hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leur fonction dans les mêmes formes, il est responsable de la gestion du CHU à ce titre, il représentant le CHU en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du CHU, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du CHU et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration.

Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, convention et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur, il exerce le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité, et nomme l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu, il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proche collaborateurs

c) Le conseil scientifique

Le conseil scientifique propose toute mesure de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les activités des services. Il participe à l'élaboration des programmes de formation et des recherches. Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médicale, scientifique ou de formation. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la

⁴ Voir JORADP, N 81 DU 10/12/1997, p p21-27.

⁵ *Ibid.*

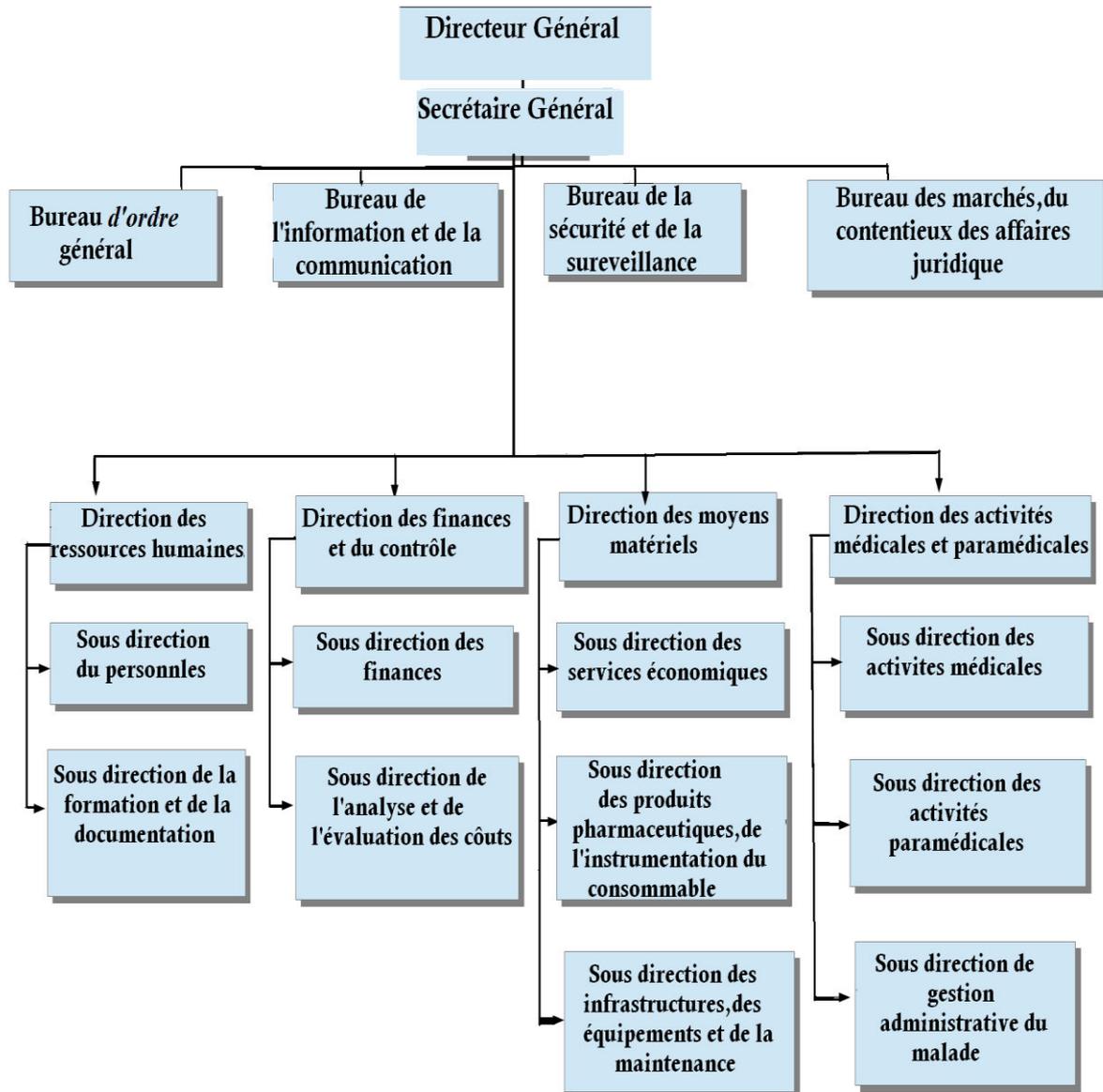
Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élève du corps des paramédicaux.

1-1-5 Fonctionnement du CHU de T-O

Il s'agit dans la présente section de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

Figure N°3 : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou



Source : Données du CHU NEDIR Mohamed de T.O.

1-1-5-1 La consistance physique du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou

Comme on l'a précédemment évoqué le CHU de Tizi-Ouzou offre une capacité d'hospitalisation de 900 lits, avec une grande masse salariale de tous corps dans l'unique

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

objectif est une meilleure prise en charge du patient. Les tableaux qui vont suivre démontrent les capacités physiques de l'établissement.

Pour l'unité NEDIR Mohamed

Tableau N°11 : Récapitulatif du nombre de lits unité NEDIR Mohamed.

Services et unités	Effectifs questionnés	Nombre de lits Réels	Total
Services d'hospitalisation	Médecin interne	39	504
	Cardiologie	34	
	Hématologie	40	
	Réanimation médicale	12	
	Réanimation chirurgicale	07	
	Pédiatrie	58	
	Néonatalogie	30	
	Maladies infectieuses	32	
	Psychiatre	10	
	Néphrologie	18	
	Hémodialyse	28	
	Services chirurgicaux	51	
	Traumatologie	42	
	Neurochirurgie	47	
	Urologie	24	
	Chirurgie infantile (CCI)	32	
Unités Médico-Chirurgicales	PU de Chirurgie	44	66
	PU de Médecine	12	
	Pu de Pédiatrie	10	

Source : Données du CHU NEDIR Mohamed de T.O.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Capacité totale en lits d'hospitalisation Unité NEDIR : 570

Tableau N° 12 : Récapitulatif du nombre des Ressource humaine ou CHU

Ressource humaine	Effectif	Nombre	Total
Médecins	Professeurs	14	981
	Do cents	18	
	Maitres assistants	143	
	Praticiens Spécialistes Assistants	189	
	Médecins Généralistes	109	
	Chirurgiens-Dentistes Généralistes	38	
	Pharmaciens Généralistes	10	
	Médecins Résidents	460	
Effectif des paramédicaux et psychologues	Psychologues Principaux	02	1067
	Psychologues Santé Publique	20	
	Infirmiers de santé publique	1045	
Personnel administratif et autres	Personnels administratifs	191	1439
	Personnels techniques	36	
	Ouvriers professionnels	452	
	Conducteurs auto	27	
	Personnels vacataires CDD+CDI	690	
	Agents prévention sécurité	43	

Source : Données du CHU NEDIR Mohamed de T.O.

Le nombre total du personnel qui exerce aux seins du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est de 3487 personnes dont 981 médecins et 1045 infirmiers ce qui représente plus d'un médecin ne part personnes hospitalisé (lits) et un ratio de 1,16 infirmier part personnes hospitalisées. Ce qui garantit une prise en charge de qualité pour les patients.

1-1-6 Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou

L'activité hospitalière est tributaire d'une utilisation massive du personnel. En effet, le CHU de T-O emploie un grand nombre de personnel organisé en catégories notamment :⁶

1-1-6-1 Le personnel médical

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes.

Les médecins spécialistes assurent de façon concomitante, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-

⁶BOUADI Sonia. *Op.cit.*

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignement dont ils ont la charge.

Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social. En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres-assistants, les do cents, Professeurs.

Les maîtres assistants sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix heures de travaux pratiques, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques. Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures.⁷

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes: Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les données nationales, et dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.⁸

1-1-6-2 Le personnel paramédical

Le personnel paramédical joue un rôle important dans les soins prodigués aux patients. Il réalise une jonction entre les médecins et les patients. Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté, aides-soignants.

⁷BOUADI Sonia.*Op.cit.*

⁸*Ibid.*

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

- Les infirmiers diplômés d'état : sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et thérapeutique des malades, ainsi qu'à toute action de prévention en matière de santé et enfin à l'encadrement et à la formation des autres catégories du personnel paramédical ;
- L'infirmier breveté : est chargé d'assurer les soins de base et les prescriptions médicales, ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical ;
- Les aides-soignants : ils sont chargés des soins infirmiers simples, de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et au confort des malades.

Des corps supérieurs d'infirmiers sont créés, tels que l'infirmier chef d'équipe, le surveillant des services médicaux, le surveillant chef des services médicaux, et le coordonnateur des activités paramédicales, en vue de coordonner, d'organiser, d'expertiser et d'exécuter les tâches réparties entre les membres paramédicaux.

1-1-7 Les Sous-directions des activités de santé en niveau du CHU

Cette sous-direction se structure en trois bureaux ; le bureau des entrées, le bureau organisation du suivi et de l'évaluation des activités de santé et le bureau du calcul des coûts (*contractualisation*).

▪ Le bureau des entrées

Le bureau des entrées assure les missions suivantes : L'accueil où des agents d'accueil et d'orientation sont mis à la disposition des malades, les admissions, l'Etat civil concernant la déclaration des naissances et décès à l'APC dans les délais réglementaires, et l'archive des dossiers. Il se charge aussi de la facturation à blanc qui s'effectue actuellement pour chaque malade, avec la fiche navette et le traitement se fait avec un logiciel « *patient* », les décomptes sont sauvegardés avec les dossiers des malades en attendant la mise en œuvre de la contractualisation, établissement d'un registre de mouvements des malades par service, et établissement des quittances.⁹

Cette figure résume la façon dans est organiser le bureau des entrées

Figure 04 : Organisation du bureau des entrées



Source : Établit à partir des données du bureau des entrées.

⁹CHU NEDIR Mohamed. *Op.cit.*

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Le bureau des entrées utilise une nomenclature des registres et imprimés officiels standardisés, notamment ; le registre matricule, mouvement hospitalier, journal de naissances, de décès, des évacuations, dépôt de corps à la morgue, d'inspection et de facturation.

Ce bureau utilise comme imprimés ; le bulletin d'admission, demande d'hospitalisation, fiche navette, déclaration de décès, résumé standard de sortie, résumé clinique de sortie, certificat d'hospitalisation, bulletin d'évacuation et certificat de non contagion.¹⁰

Le bureau des entrées exploite pour son fonctionnement deux principaux logiciels ; le logiciel patient qui fonctionne en mode réseau utilisé pour les admissions et l'établissement d'autres supports (*déclaration de naissance, décès, résumés standards de sortie et contractualisation*). Le logiciel IDAAS sert à identifier les assurés et les démunis, il s'agit entre autres d'un logiciel d'identification des malades et d'échange d'information entre l'établissement de santé et la CNAS et qui est non fonctionnel.

Le bureau des admissions doit établir les bulletins d'admission des malades, et doit tenir les différents registres de cette structure. Il se charge aussi de l'exploitation des fiches navettes, du classement et du suivi des dossiers administratifs des malades.

Il s'agit également dans cette structure, d'une prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (*facturation*), du suivi des recouvrements, de la gestion de la régie recettes (*caisse*), de la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins et aussi à la gestion du contentieux.

▪ **Bureau de calcul des coûts (*contractualisation*)**

Il est chargé du calcul des coûts de l'hôpital, par l'utilisation de la comptabilité analytique et qui se fait par mois. Il s'agit entre autres, du calcul des coûts de la masse salariale, des dépenses alimentaires par services, de la pharmacie, de la consommation des fournitures, d'entretien et de main d'œuvre, des charges d'assurances et de formation, des activités des services d'hospitalisation et de consultations, du laboratoire, de la radiologie, du plateau technique...etc.

Ce bureau réalise un canevas statistique du personnel, des activités, des moyens et des équipements de l'établissement public hospitalier.¹¹

▪ **Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé**

¹⁰CHU NEDIR Mohamed. *Op.cit.*

¹¹ *Ibid.*

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Ce bureau s'occupe des tâches relatives au suivi et à l'évaluation des activités de santé, par l'utilisation des indicateurs et des outils nécessaires.

II Financement de CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou

Aux termes de l'article 01 de l'ordonnance 73-65 du 28.12.73 portant institution de la médecine gratuite dans les CHU Diagnostics du traitement médical et l'hospitalisation des malades sont gratuites.

Les sources du l'établissement de santé Nedir Mohamed Tizi-Ouzou provient de plusieurs sources, à savoir l'Etat et l'organisme de la sécurité sociale et les autres ressources représentées par les remboursements de la CNAS au titre des prestations régies par convention, les reliquats des exercices antérieurs et les ressources propres de l'établissement.

2-1 Les ressources du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou

Les ressources propres du CHU Nedir Mohamed ont constitué par :

- Les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux ;
- Les subventions des collectivités locales ;
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits ;
- Les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- Les dotations exceptionnelles ;
- Les recettes propres de l'établissement de santé CHU Nadir Mohammed ;
- Les autres ressources et les subventions liées à l'activité de l'établissement CHU ;
- Le revenu des activités de la médecine du travail par le remboursement des assurances économiques des frais d'hospitalisation et de sons de leurs assurés au prix moyen de la journée d'hospitalisation
- La contribution des bénéficiaires aux frais de restauration et d'hébergement en milieu hospitalier, cette contribution est fixée à 100 DA. Toute fois les sans revenus et les malades chroniques ne sont pas concernés par le paiement de la contribution forfaitaire d'accès aux soins dans le secteur public de soins.
- La contribution des bénéficiaires de consultation médical fixés à 50 DA pour la médecine générale, et à 100 DA pour une consultation effectuée par un médecin spécialiste (*consultation spécialisé*).

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

- En plus du ticket modérateur

Le tableau suivant illustre la contribution de chaque source au titre de l'exercice année 2017.

Tableau N°13:Extrait du budget primitif de l'établissement public hospitalier CHU de Tizi-Ouzou des recettes en 2017 (unité en DA).

Sources	Participation au budget	Pourcentage de participation
L'Etat	456 986 000,00 DA	70,18%
La sécurité sociale	148 879 000,00 DA	23,12%
Autre ressource	42 160 000 ,00 DA	6,70%
Total	648 025 000,00 DA	100%

Source : CHU Tizi-Ouzou, service budget.

A partir du tableau N°1, nous remarquons que la participation de l'Etat au budget du Centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi Ouzou est la plus importante, soit 70,18% de total du budget, ensuite, la sécurité sociale occupe la deuxième place avec 23,12%. Quant aux autres ressources, elles ne couvrent qu'un faible pourcentage qui est de l'ordre de 6,70% dont 1,04% provient des remboursements de la CNAS au titre des prestations conventionnées, 5,77% provient des sources propre de l'établissement à savoir les recettes des tickets modérateurs, les ventes des déchets et le matériel reformé, loyers et charges locatives (*logement de fonction*), remboursement des dégâts divers ou autres, la participation des malades aux soins et les recettes qui proviennent de reliquat de l'exercice pour l'année 2017 ne présente aucun pourcentage(0%).

Le montant de la participation de la sécurité sociale qui est égale à 148 879 000,00 au budget du CHU Tizi-Ouzou il s'appelle « *le forfait hospitalier* » pour l'année 2017. Qui représente 23.12 %

2-2 Les modes de paiement

- Soit par le prix moyen de la journée d'hospitalisation ;
- Soit par le forfait par pathologie.

2-2 L'obtention du budget au niveau de CHU Nedir Mohammed

Le budget de fonctionnement de centre-hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou contient deux partie ; une partie recette et une partie dépense. La partie recette réitérer les modalités

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

actuelles de financement des établissements de santé. La partie dépense regroupe 9 titres de dépenses dont chacun des titres contient un certain nombre de chapitre. Cette partie du budget représente en fait toutes les utilisations des ressources allouées au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

Le budget avant qu'ils ne soient réparti au niveau de CHU Nedir Mohamed son en premier lieux élaborés en tant que projet de budget à leur niveau. Ou sont confectionnés de budget prévisionnel devant couvrir l'ensemble de leur dépense de fonctionnement.

La démarche concrète pour l'obtention du budget est d'établir un plan de prévision budgétaire avant la fin de l'exercice en cours. Cette démarche de plan est destinée au ministère de tutelles, ce dernier va répondre à la demande en fonction de la part du budget national globale de santé, une fois validé par le conseil d'administration du CHU il sera envoyé au ministère pour mettre le cachet approbatif, à partir de là il devient officiel.

La contrainte majeure à ce niveau reste que le ministre de santé ne peut pas satisfaire toute les demandes exprimées dans le budget prévisionnel vue que le budget national de santé est fixé dans la loi

Des finances, et en cas de difficultés économiques vue la fluctuation de la situation globale de l'économie à cause de la dépense forte aux prix des hydrocarbures, la commission des budgets d'équipement (*extension des services, achats des équipements*).

A) Préparation de budget du CHU T.O

Avant qu'un établissement public de santé dispose de son budget, il est nécessaire de commencer par sa préparation. La préparation est totalement interne à l'établissement de santé hospitalier. Dans cette partie nous allons présenter les prévisions budgétaires, le rôle du directeur et l'organe consultatifs.

B) Prévision budgétaire de CHU Tizi-Ouzou

La prévision budgétaire consiste à fixer le montant probable des ressources publiques et à évaluer le montant des dépenses publiques, susceptibles d'être inscrites dans le budget de la tutelle. Elle reçoit un courrier de la part de la tutelle en moi de mai.

La prévision budgétaire et établie selon la lettre d'orientation du ministère de finance ; qui sont dans la majorité des cas :

Ces prévisions qui seront faites sur la base des besoins de l'établissement

- Etat de paie de moi d'avril de l'année en cours ;
- Etat récapitulatifs des prévisions budgétaires de l'année N-1 par chapitre accompagné par un cahier d'observation (*exploitation sur la dépense*) ;

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

- L'état de consommation du budget de l'année écoulée à travers le compte administratif qui est établi à la fin de chaque exercice budgétaire et qui nous renseigne sur le taux d'exécution du budget en pourcentage ;

Prévision, estimation et information sur la subvention de l'Etat, car le budget des établissements publics de santé bénéficie d'une augmentation d'environ 11 % chaque année cela est dû à plusieurs raison :

- Le titre 1 qui est traitement de personnel bénéficie d'une augmentation d'au moins 10% par année pour des raisons divers telles que :¹²
- Le recrutement de nouveaux effectifs, la prise en charges de nouvelles allocations familiales, et l'augmentation des salaires est due aussi au nouveau statut de la fonction publique et aux changements d'échelons ;
- L'augmentation du budget par l'Etat est due aussi à l'augmentation prévisionnelle du bassin de population couverte par l'établissement avec l'exode et la variation des taux natalité d'une wilaya à une autre ;
- Les prévisions sont aussi faites selon le nombre de structures de santé prises en charge par l'établissement de santé. Les prévisions budgétaires augmentent avec l'ouverture d'un service médical ;
- Recettes réalisées et prévision des recettes à réaliser (*recette propres qui sont dépenses au fur et à mesure de leur encaissement*).

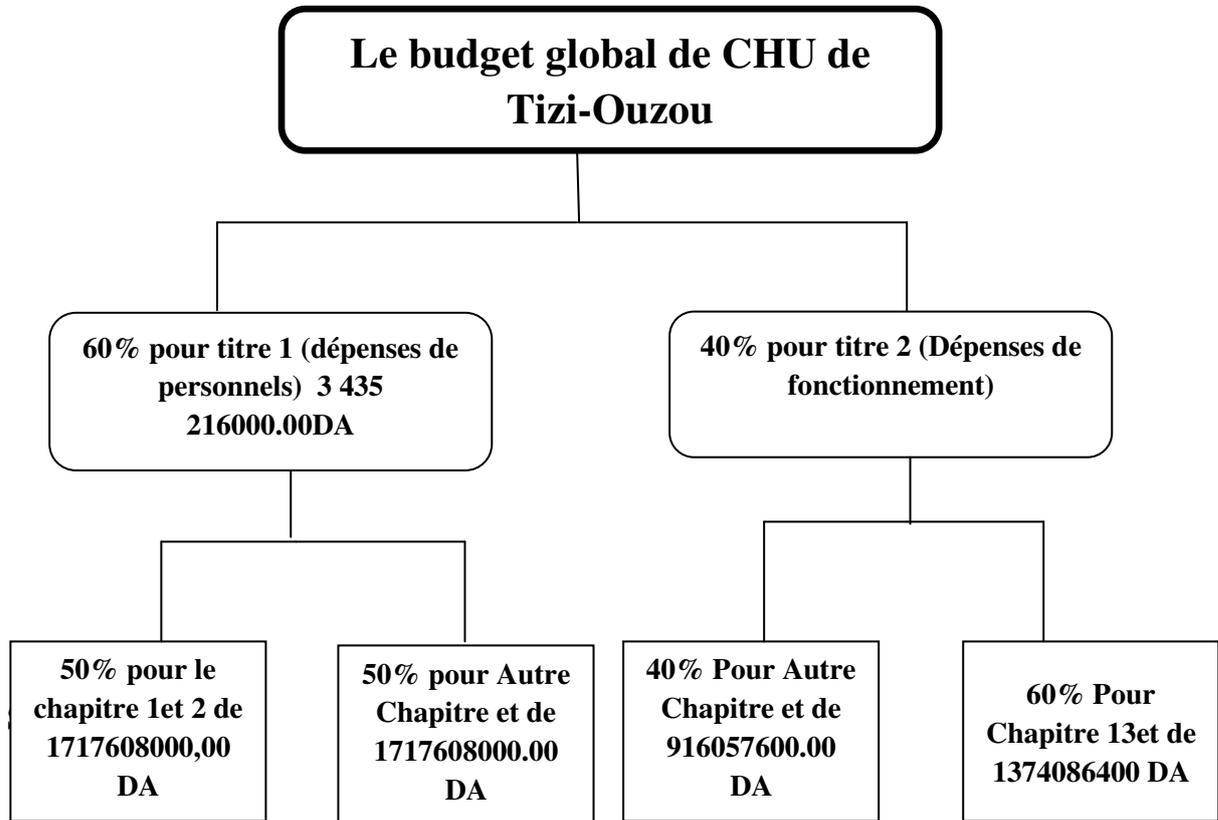
Le calcul de cout des activités médicales telles que le cout moyen d'une journée d'hospitalisation, le cout moyen d'un repas, le cout moyen d'un accouchement pour avoir une vision sur les dépenses de chaque service chaque activité, afin que les recettes puissent les couvrir.

Les prévisions des dépenses et des recettes permettent de définir un pré-budget qui sera soumis au conseil d'administration de l'établissement public de santé pour délibération.

¹²Document interne à la direction de finance et contrôle de CHU de Tizi-ouzou.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Figure N° 5 : Le budget de CHU de Tizi-Ouzou



Source : Document interne de CHU.

Dans cette figure, nous démontrons la répartition de l'Etat pour le budget de CHU de Tizi-Ouzou en 2017, de fait que le budget arrive à l'hôpital avec une répartition préalable de l'Etat dans laquelle il consacre un grand pourcentage du budget au titre (dépense de personnel) qui remonte à 60% du budget global.

Ce dernier est réparti sur les principaux chapitres :

- Chapitre1 qui est traitement d'activité des personnels titulaires, stagiaires et des coopérants.
- Chapitre2 qui est indemnités et allocations diverses sur lesquelles sont répartis les 50% de titre et les 50% restant sont allouées pour les sept chapitres de même titre et 40% du totale du budget sont allouées pour titre 2 qui est dépenses de fonctionnement.

À son tour celui-ci est réparti sur 02 grands axes. Dont 60% sont allouées pour le chapitre 13 (*médicaments, produits pharmaceutiques et autres produits destinés à la*

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

médecine humaine et dispositifs médicaux). Tout en sachant qu'une somme équivalente demeure au niveau du ministère pour s'acquitter des différentes factures de médicaments vis-à-vis la pharmacie centrale enfin les 40 % subsistantes sont destinées au 17 chapitre restant.

C'est ce qui nous fait constater l'importance de chapitre 1 et 2 dans le titre 1 et le chapitre 13 dans le titre 2, cela nous a permis de marquer une certaine autonomie de la prise de décisions de fait que l'Etat accorde à la direction de l'hôpital le choix de répartir le budget sur les différents articles, mais cela ne signifie pas une décentralisation de la prise de décisions de fait que chaque transfert d'un chapitre à un autre doit y avoir l'aval de la tutelle, à l'exception de chapitre 13 et 14 qui sont régis d'une règle qui ne permettent pas d'effectuer des transferts à leur niveau.

2-4 Présentation de la direction de finance et contrôle au niveau de CHU Nedir Mohammed

La direction de finance et de contrôle relève du ministère de la santé et le comptable principal relève du ministère chargé des finances conformément à la loi 90-21, du 15-8-1990, relative à la comptabilité publique. Elle assure principalement la gestion et le suivi des opérations d'exécution des dépenses, la vérification des pièces et la préparation du budget de CHU.

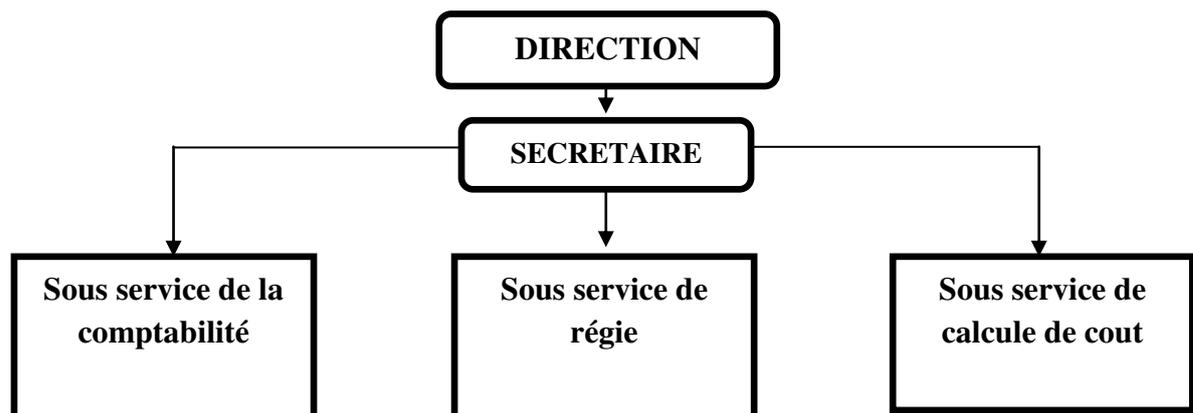
2-4-1 Missions de la direction de finance et contrôle

La direction de finance et contrôle a pour missions ;

- La vérification et le contrôle de tous les mandats relatifs aux dépenses des personnels et les dépenses de fonctionnement ;
- Préparation de budget de CHU de Tizi-Ouzou ;
- La bonne gestion du CHU de Tizi-Ouzou ;
- La répartition des ressources de différents sous services.

Figure N°6 : L'organigramme de la direction de finances et du contrôle

Elle comporte trois sous services :



Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Source : Document interne de CHU.

2-4-2 Les moyens humains et matériels

La direction de finance et contrôle comporte des moyens humains et matériels.

▪ Les moyens humains

Il s'agit de

- Une directrice ;
- Une secrétaire ;
- Un régisseur de dépense ;
- Un technicien supérieur en informatique.

2-4-3 Les moyens matériels

Il s'agit de :

- Un logiciel 3COH ;
- Matériels ;
- Douze (12) micros ordinateurs ;
- Cinq (5) imprimantes Laser et Deux (2) photocopieurs.

2-5 L'accès aux soins au niveau du CHU Nedir Mohamed.

Si l'on se fie aux paramètres et aux statistiques du Centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou, nous permettant dire que cette institution de santé publique est particulièrement performante et occupe un rang flatteur parmi les structures hospitalières publiques.

Le CHU Nedir Mohamed est une grande machinerie sanitaire, capable de délivrer à chaque patient, sans exception, les produits de santé, biens et services, dont il peut avoir besoin. En termes du résultat sanitaire.

Un éclairage sur la gouvernance hospitalière s'impose, par le nombre de patients ayant été admis durant l'année 2017 et qui sont 208 377 à avoir reçu des soins aux services (*chirurgie infantile, chirurgie viscérale, traumatologie, neurochirurgie, urologie, potamologie, ORL, chirurgie thoracique, gynécologie obstétrique*) le laboratoire d'analyse médicales n'a pas désempilé, il Ya 1351462 examens médicaux qui ont couté la bagatelle de 35 milliard de centime.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Parmi les droits du malade, celui d'avoir accès aux soins dans une structure de santé et qui passe par le service des urgences, car il est souvent la seule porte d'entrée dans le système de soins. Dans ce contexte, durant l'année 2017, le Centre hospitalo-universitaire a enregistré la réception de 93 620 consultations.

Dans l'exercice de cette valeur de demande de soins, on dénombre 34 683 journées d'hospitalisation, pour 15 045 admissions. Cependant, une plongée dans les entrailles du service urologie. Ce dernier a bénéficié d'une acquisition d'un matériel médical de dernière génération dont la valeur d'achat est de cinquante-quatre millions de dinars. Dans les faits, en plus des milliers de patients qui ont été traités pour des néphrolithiases : aux ultra-sons, au laser, ou par les voies naturelles, ou en percutané, il y a eu 16 transplantations rénales en 2016, et 11 au premier semestre 2017.

Le Centre hospitalo-universitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou fonctionne bien en médecine clinique, domaine dans lequel sa réputation n'est plus à faire. Parler d'organisation sociale de la santé au niveau du CHU, ce n'est pas parler uniquement des moyens, certes important, mis en œuvre pour une réalité singulière que l'on ne peut pas éluder.

2-5-1L'accueil des patients dépend des conditions de travail du personnel

Depuis plus de dix années la structure sanitaire Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou connaît des travaux de rénovation et de réhabilitation, qui ont certes causé des désagréments aux malades et leur famille, mais qui ont fini par les satisfaire suite à l'alimentation des conditions d'hospitalisation.

Les chantiers lancés dans les différents services du Centre hospitalo-universitaire(CHU) Nedir Mohamed ont quelque peu traîné en longueur, mais le changement est visible à chaque fois. Toutefois, cette amélioration dans les infrastructures n'est malheureusement pas accompagnée de la qualité des services et de prise en charge médicale puisque les patients sont souvent confrontés au manque d'équipements, particulièrement radiologiques, et de produit comme les réactifs nécessaires.

Il est vrai que le flux des patients vers cette structure est trop important pour qu'il soit géré efficacement, mais depuis le temps que cela dure, les responsables du CHU en particulier et ceux du secteur de la santé en général, auraient pu trouver une solution à même d'optimiser le fonctionnement de cette infrastructure régional qui accueille des malades de quatre wilayas du pays, en l'occurrence (*Boumerdés, Brouira, Bejaia, et Tizi-Ouzou*).

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Au niveau des services les plus sollicités comme ceux de pédiatrie, et de traumatologie, les cas les plus graves sont gardés au niveau des urgences en attendant que des lits se libèrent dans les services. Dans certain cas, le personnel médical est contraint de libérer un malade avant la fin de son traitement dans l'objectif de récupérer son lit pour y mettre un autre qui se trouve hospitalisé au service des urgences.

Des cas qui ne mettent cependant pas la vie des patients en danger lorsque ces derniers peuvent poursuivre le traitement à domicile avec un rendez-vous quelque jour après la sortie pour un contrôle. Tous ces problèmes créant de la pression au sein du personnel médicale et paramédical du CHU de la ville des genêts. Parmi les malades et leurs familles également.

Cette situation engendre des faut beaucoup plus graves, particulièrement pour les patients accueillis au niveau du pavillon des urgences ou même dans les différent services de cet établissement hospitalier. Cela amène la fatigue et la mauvaise humeur pour un personnel débordé par le flux important de patients. Un personnel qui finit par accueillie les patients dans des conditions exécrables au point ou la qualité de la prise en charge médicale en prend un sacré coup.

2-5-2 Les prix des consultations, des prestations médicales et Paramédicales

Les consultations sont les prestations fournies aux malades pour diagnostiquer les maux dont ils souffrent et prescrire les soins appropriés. Les prix des consultations sont en principe fonction du niveau de compétence de l'agent prestataire et du prix de revient prévisionnel. Nous constatons que généralement les prix des consultations sont forfaitaires. Les difficultés liées à la détermination d'une structure de ces prix peuvent justifier une telle situation.

Il s'agit des prix retenus en contrepartie des actes posés sur les malades par le praticien au cours de leur séjour à l'hôpital. Ces prix sont déterminés d'après la nature des actes (actes de laboratoire, actes de radiologie, actes de stomatologie, actes chirurgicaux etc...) et suivant la nomenclature générale des actes

A chaque prestation correspond une lettre-clé à laquelle est associée une valeur. Le prix d'une prestation est obtenu par la multiplication du coefficient de la lettre clé correspondant à la prestation, par sa valeur relative.

Tableau N° 14 : Nombre de malades évacués des différents établissements périphériques et autre wilayas vers le CHU de Tizi-Ouzou

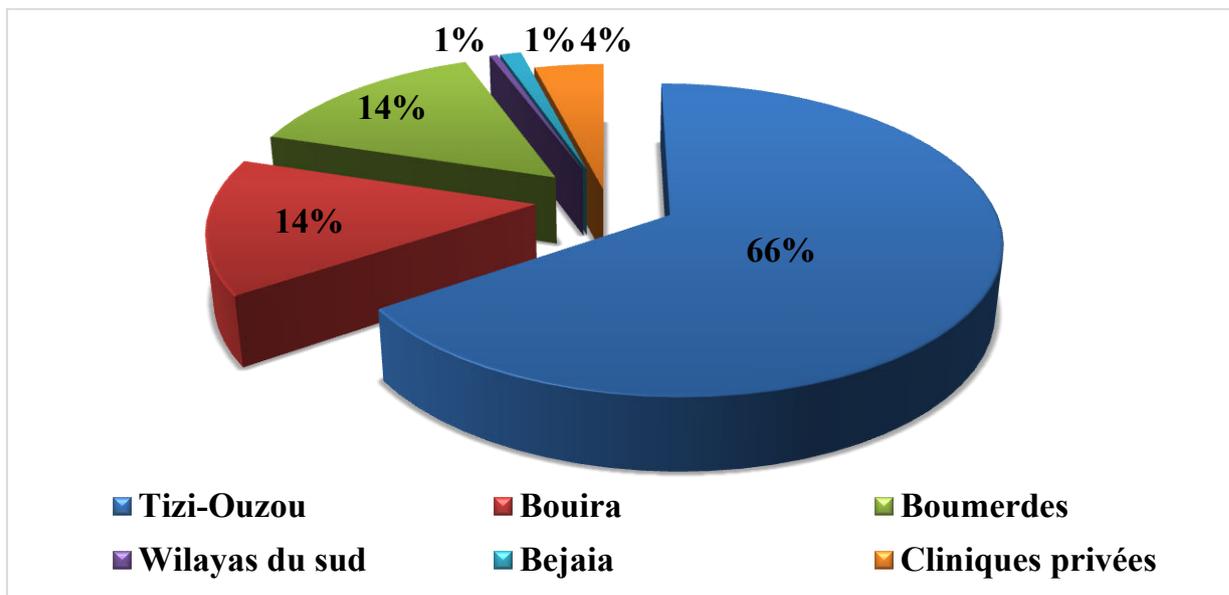
Wilaya	Année 2016	1^{er} trimestre de l'année 2017
Tizi-Ouzou	3 037	772

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Bouira	667	177
Boumerdes	667	196
Wilaya du sud	21	10
Bejaia	57	9
Clinique privées	186	48
Autres wilaya	33	3
Total	4 733	1 215

Source : Document interne au CHU de T-O.

Graphique N° 07 : Nombre de malades évacués des différents établissements périphériques et autre wilayas vers le CHU de Tizi-Ouzou



Source: Construit à partir des données du tableau ci-dessus.

Les remarques qui peuvent être dégagées du graphique précédent :

- La moitié des patients au sein du CHU de T-O sont évacués des différents établissements et des différents wilayas ;
- On peut dire que la surcharge au sein de l'hôpital est liée à l'augmentation des usagers des autres wilayas, ce qui fait l'augmentation des dépenses du CHU avec la consommation des M&DM et ce qui influence négativement sur la gestion des stocks des produits pharmaceutiques ;
- Tous ces problèmes créant de la pression au sein du personnel médicale et paramédical du CHU de la ville des genêts. Parmi les malades et leurs familles également ;
- Cette situation engendre des fait beaucoup plus graves, particulièrement pour les patients accueillis au niveau du pavillon des urgences ou même dans les différent services de cet établissement hospitalier. Cela amène la fatigue et la mauvaise humeur pour un personnel débordé par le flux important de patients. Un personnel qui finit par accueillie les patients

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

dans des conditions exécrables au point où la qualité de la prise en charge médicale en prend un sacré coup.

2-5-3 Le prix de la journée au CHU de Tizi-Ouzou

Définition

Le prix de journée est la somme réclamée au malade ou à son tiers payant pour chaque journée d'hospitalisation. Il peut également se définir comme « *le tarif appliqué à un malade pour une journée d'hospitalisation, dans un service déterminé, médecine, chirurgie générale, chirurgie spéciale, maternité etc* ». ¹³

Le prix de journée découle des prévisions de dépenses nécessaires à l'établissement du CHU pour assurer une journée d'hospitalisation. ¹⁴

2-5-3-1 Le repas d'un malade coûte 300 DA en niveau de CHU de Tizi-Ouzou

Les dépenses d'alimentation des malades hospitalisés dans le CHU Tizi-Ouzou ont évolué pour l'année 2017 à plus de 396 millions de dinars, en augmentation de 5,57% par rapport à l'année 2016. Ce crédit est destiné à prendre en charge le ratio alimentaire des malades, calculé sur la base de 300 DA par malade par jour. ¹⁵

Le premier responsable du CHU a affirmé que la contractualisation constitue un support d'avenir pour le secteur de la santé parce qu'il permet de pérenniser les actions de la santé et garantit l'équité, la gratuité et la qualité des soins pour tous les patients.

2-5-3-2 Coûts d'hospitalisation

Selon les administrations des structures sanitaires, particulièrement celle de l'établissement public Nedir Mohamed TiziOuzou, une hospitalisation qui inclut services médicaux, l'alimentation et l'occupation d'un lit coûte 7000 DA par jour et par patient. Et c'est l'Etat qui paye. Les frais d'accouchement, sont de 10 000 DA, quant aux chirurgies, notamment orthopédiques, viscérales ou autres, elles coûtent à l'Etat 12 000 DA par malade. Un montant qui couvre l'intervention, les examens et les IRM. Les responsables des structures sanitaires

¹³Document inter de CHU service calcul des coûts.

¹⁴*Ibid.*

¹⁵*Ibid.*

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Demandent, actuellement, une évaluation d'une opération qui correspond au coût «*d'un geste chirurgical*», à l'image des autres pays.

Cette demande n'a pas été étudiée encore par la tutelle. Le patient paye 100 DA pour une hospitalisation et 50 DA pour une visite médicale dans un CHU, un dispensaire ou un centre sanitaire.¹⁶

Conclusion

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs qui influencent au financement du CHU de Tizi-Ouzou.

Les questions de recherches auxquelles nous avons tenté de répondre sont les suivantes : Quelle sont les ressources de CHU de T-O ? Et la contribution forfaitaire d'accède au soin en niveaux de l'établissement.

L'établissement public hospitalier de CHU Nedir Mohamed est considéré comme un secteur pilote dans la wilaya de Tizi-Ouzou, vue son importance géographique et au nombre de citoyens qu'il reçoit chaque année. Il occupe la première place en matière de budgétisation. Le financement de l'établissement public hospitalier CHU Nedir Mohamed reste un problème pour leurs personnels, car les ressources sont insuffisantes non seulement pour le traitement des salaires, mais aussi pour le fonctionnement des autres services, la majorité des titres de dépenses souffrent d'un déficit. Cette insuffisance engendre une paralysie de plusieurs actions à savoir le recrutement, la régularisation des facteurs des fournisseurs.....etc.

¹⁶ Service calcule des couts au CHU.

Chapitre 3 : Les sources du financement d'un l'établissement public de santé et l'accès aux soins : cas du CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Introduction

La participation des différentes sources du système de santé national, a sensiblement changé depuis les années 70, dont on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé.

Le droit à la santé et à la protection sociale est affirmé par la charte nationale de 1976 « *l'Etat a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population* » et dans la constitution de 1976 « *tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé* » les rapports de la sécurité sociale avec le système de soins sont multiples et varient. Les plus importants sont sans aucun doute les modalités de financement des services de santé public. Ces rapports présentent des différences notables selon les périodes durant le système de soin et de sécurité sociale ont connu des organisations différenciées.

Jusqu'à ce jour, les rapports non ne sont pas au demeurant contractualisés et les efforts de leur organisation font l'objet de multiples commissions d'étude.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

II Les modalités actuel de financement du système de santé en Algérie

Le financement du système national de santé est repose sur les dotations budgétaires de l'Etat, d'une contribution forfaitaire des organismes de la sécurité sociale et d'une participation de plus en plus importante des usagers ou ménages, à cause des dépassements généralisés des tarifs dans le secteur privé et l'augmentation des prix des médicaments. Aucune mobilisation des ressources additionnelles n'est venue améliorer le financement de la santé, même si depuis 1991, il est recommandé, que la contribution des organismes de sécurité sociale aux financements de budgets des établissements publics de santé doit se faire sur la base des relations contractuelles. Pour faire face aux nouveaux besoins sanitaires de la population à l'horizon 2030.

Tableaux N°6 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en %

Dépense totale de la santé

Année	L'Etat	La sécurité sociale	Les ménages
1974	76.51	23.49	00
1979	60.88	38.58	0.54
1986	36.60	61.40	2.00
1992	31.50	38.87	29.63
1996	38.45	35.66	25.90
1997	37.93	32.57	29.50
2000	47.27	26.03	26.7
2002	48.42	26.88	24.7
2003	50.38	27.01	22.6
2004	48.43	24.01	27.5
2006	53.8	27.4	18.8
2007	50.7	30.9	18.4
2008	55.1	31	13.9
2009	55.2	31	13.8
2010	57	32.5	15.4
2011	57	32.7	14.66
2012	59	34.3	13.89
2013	60.59	35.6	14.12
2014	62	37	14.23

Source : KaidThlane N : la problématique du financement des soins en Algérie, revue international de sécurité sociale n°4vol 57OMS ; rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006.In www.wh.int.

Remarque

- Ce tableau représente l'évolution des sources de financement de la santé en Algérie de 1974 jusqu'à 2014. Nous remarquons que le taux de financement par l'Etat est le plus élevé durant toutes les années représentées. Donc l'Etat est le financeur majeur de la santé en Algérie.
- La sécurité sociale représente le deuxième rang au financement. Elle participe avec 23.49 % en 1974, elle connaît une forte croissance en 1986 (*durant la crise économique de l'Algérie*)

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

elle atteint 61.40%. Aux années suivantes le taux de financement a connu une baisse, en effet il ne dépasse pas 40%.

- 1974 les ménages ne participent pas au financement de la santé, notamment ils ont commencé à participer à partir 1979 avec un taux très faible qui représente 0.54%.
- **ART 260** : Les ressources financières du système national de santé proviennent principalement des organismes de l'assurance sociale de la fiscalité directe et indirecte, et des paiements directs de certaines catégories d'usagers, les usagers participent à ce financement dans les conditions fixées par la législation et la réglementation en vigueur. Les étrangers non-résidents contribuent aux frais de soins. Les modalités de contribution peuvent être définies par des conventions bilatérales et multilatérales.
- **ART 261** : Les services et actions de santé sont financés par :
 - L'État ;
 - Les organismes de la sécurité sociale ;
 - Les départements ministériels concernés par la protection et la promotion de la santé des individus et de la collectivité ;
 - Les collectivités locales dans le cadre des programmes d'investissement et des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire ;
 - Les associations ;
 - Les bénéficiaires de prestations de santé à l'exception des catégories particulières identifiées par la législation et la réglementation en vigueur ;
 - Les entreprises et assurances économiques.
- **ART 262** : Les ressources mobilisées pour le financement du système national de santé ainsi que les utilisations qui ont été faites sont présentées annuellement, à l'Assemblée Populaire Nationale sous forme de comptes appelés « *comptes nationaux de santé* ».

1-1 L'État

La participation de l'État au financement de la santé est une priorité, il occupe le premier rang avec une participation majoritaire. Le gouvernement finance tous les titres de dépenses à savoir : les dépenses de personnels, de biens et services, transfert et d'investissement. Cette participation a pour but de garantir la solidarité sociale. La cohésion sociale et la promotion de la santé.¹ La plus grande part du financement budgétaire provient du ministère de la santé, plus de trois-quarts du budget de l'État.

¹Touazi A, Op.cit., P 23.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Toutefois, cette part a connu une augmentation assez importante, en passant de 37.39 % en 1997 à 50 % en 2003, pour atteindre 55.2 % en 2009, soit une augmentation de 18 % au cours de deuze ans.²

D'autre part, les départements ministériels contribuent au budget de la santé, tels que : le ministère de la défense par le financement des hôpitaux militaire, le ministère de l'enseignement et de la recherche scientifique par la prise en charge des médecins des CHU, le ministère de l'éducation et le ministère de jeunesse et du sport mènent les activités de prévention, aussi, d'autre ministères finances les établissements publics de la santé destinés à des groupes biens précis.³

1-2 La sécurité sociale

- **Art 2** « les assurances sociales couvrent les risques suivants : maladie ; maternité ; invalidité ; décès » ;
- **Art 7** « les prestations de l'assurance maladie comportent la prise en charge des frais de soins de santé ; à titre préventif et curatif, en faveur de l'assurance et de les ayants-droit ».

A partir de ces deux articles de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, P.1198. On peut détecter que la sécurité sociale l'un des acteurs de financement de système de santé en Algérie. Elle est de plus en plus impliquée dans le financement surtout à partir de 1985 après les premiers signes des difficultés économiques et financière induites après l'affaiblissement des prix des hydrocarbures, principale ressources d'exportation du pays qui lui procure 98 % de ses recettes extérieures.⁴

Cette forte tendance à la débudgétisation de la santé (financement beaucoup plus par prélèvements sociaux et de moins en moins par prélèvements fiscaux) allait changer le rôle de la sécurité sociale d'épargnant institutionnel à celui de « financeur » principale de la santé. En plus de cette participation, la sécurité sociale a financé un large programme d'investissements sanitaires évoqué précédemment.

La couverture sociale est actuellement gérée par cinq caisses nationales ; CNAC. CNR, CASNOS, CNAS, et CACOBATPH. Placées sous la tutelle du ministère du travail et de la sécurité social, et qui ont les régimes juridiques d'Etablissement public à gestion

²Ziani Zoulikha ; Essai d'analyse de l'apport de la politique des dépenses de médicaments dans la régulation des dépense de santé en Algérie, Mémoire du magister en science économique, université Amira de Bejaia, Mais 2012 P 41.

³MSPRH : la politique de santé. MSPRH, Algérie, 2006.

⁴Labri LAMRI, le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, la contribution de la sécurité sociale au financement de la santé P 51.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

spécifique. C'est-à-dire soumises au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers.⁵

1-3 Les ménages

Ils bénéficient gratuitement de l'hospitalisation et de tous les soins offerts par le secteur public. Cependant ils paient l'équivalent du ticket modérateur pour les soins fournis à titre ambulatoire et en particulier les actes de radiologie et de biologie.

Ils conservent donc à leur charge de façon définitive ; d'une part une fraction des dépenses occasionnées par la fréquentation du secteur privé, faisant l'objet de la couverture par la sécurité sociale (*ticket modérateur*) et d'autre part ils acquièrent des biens et services médicaux non remboursés soit qu'ils ne sont pas assurés sociaux, soit qu'ils procèdent à de l'automédication, soit qu'ils ne sont pas ou ne se tenant soit aux affiliés eux-mêmes (*méconnaissances ou refus de perte de temps*) soit aux comportements tatillons de la sécurité sociale. C'est la source de financement la moins connue (*pour ne pas dire inconnue*) et en particulier on ignore son volume et la part exacte qu'elle représente dans l'ensemble des dépenses de soins.⁶

L'article 165 de code de la loi de finance institué en 1995 consistait l'application du ticket modérateur en Algérie, prévoit une participation des usagers aux déférant frais de soins par le biais de restauration et d'hôtellerie dans les établissements de santé.

Les dépenses de santé des ménages commencèrent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé du pays⁷. En effet, elles représentent près qu'un quart des dépenses de santé entre 1962 jusqu'à à 2005.

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître, soit 18.8% en 2006 et 18.4 % en 2007 et atteindre 13.8% en 2009. Cette situation peut être expliquée par la part importante de l'Etat suite à l'embellie financière qui a caractérisée l'économie algérienne à partir de cette période, et cela grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures.

1-4 Les autres sources

Le financement du système de santé en Algérie est à la recherche d'autre source alternative à savoir ;

1-4-1 Les mutuelles

Avec la suppression en 1983 des prestations complémentaires et privées et des assurances autres que celles de la sécurité sociale qui accompagné l'unification de la sécurité

⁵Assistance sociale dans la région méditerranéenne, Algérie (www. Santé.com).

⁶OUFRIHA F.Z : une analyse économique du système des soins en Algérie. P 137.

⁷Ziani Zoulikha, *Op.cit.* , p 40.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

sociale, il ne subsiste plus que des mutuelles théoriquement facultatives, elles couvrent de façon complémentaire les dépenses de soins des assurés sociaux quand ils s'adressent au secteur privé de soins, par remboursement du ticket modérateur existant au niveau des assurances sociales. La plus importante des mutuelles semble être la Munatec qui regroupe l'ensemble des enseignants de tous niveaux et des personnels administratifs relevant à un titre ou un autre de l'enseignement.

Bien que sous tutelles du ministère de la protection sociale, il semble qu'il n'y ait aucune information chiffrée en particulier sur le volume des prestations complémentaires qu'elles dispensent, ni même des catégories d'agents qui en bénéficient. La politique de libéralisation menée sous le nom de réformes à partir de 1988 revient sur cette suppression.

1-4-2 Les entreprises

Elles jouent un rôle important dans la mise en place et le fonctionnement, sur crédit propre, d'un appareil d'unités légères de soins complémentaires à celles du secteur public. La distribution des soins se faisant alors directement au profit des seuls salaires de l'entreprise. Avant l'intégration de leur unité de soins au secteur public, elles n'interviennent plus théoriquement directement, de même que la sécurité sociale, dans l'offre de soins et sa modulation. En fait certaines d'entre elles ayant conservé la gestion de leur propres CMS, cette fonction va être réactivée avec l'aggravation des contraintes budgétaires au niveau des secteurs sanitaires.⁸

1-4-3 Le secteur privé

Le système de santé est caractérisé de secteur privé à but lucratif, peu développé, caractérisé par non fonctionnement indépendant et autarcique. Le ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière (*MSPRH*) gère les soins hospitaliers et ceux de la santé publique, et contrôle la condition d'exercice du secteur privé.⁹

Dans le système de santé algérien actuel, le financement privé se fait par les primes des employés qui versent aux compagnies d'assurance maladies et cela se fait à travers deux ministères : titre individuel. Titre collectifs.

Au secteur privé les prestations sont en grande partie à la charge du malade, à l'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse qui sont remboursés à des taux très inférieurs aux montants payés. Ce secteur reste donc difficile à accéder, pour une grande partie

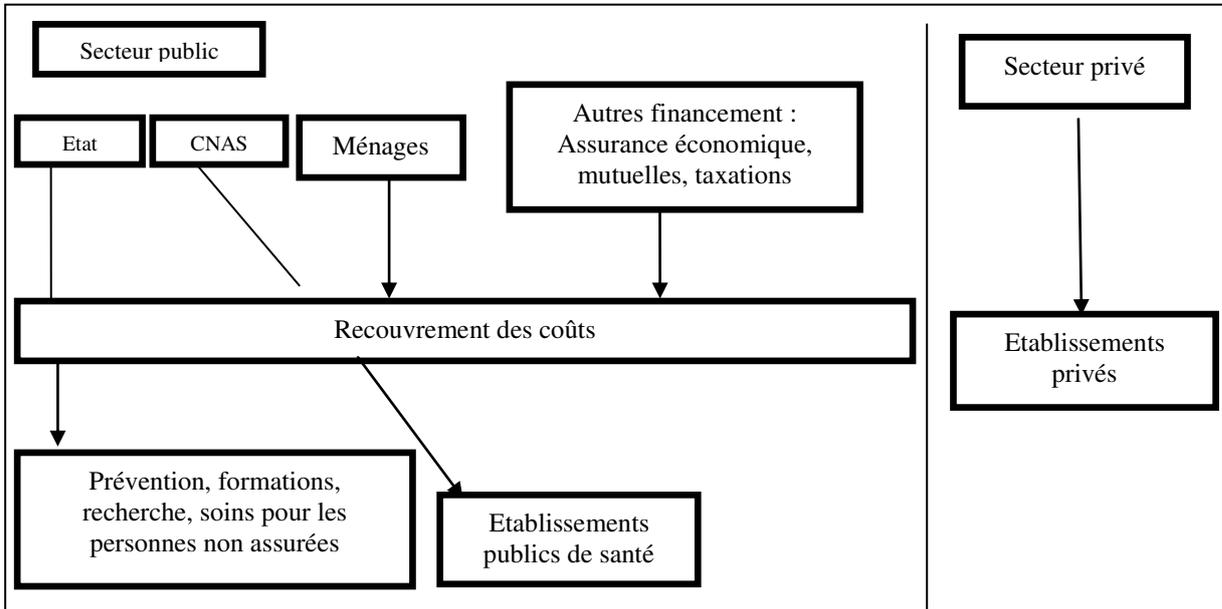
⁸ OUFRIHA F.Z : une analyse économique du système des soins en Algérie. P 137

⁹ ZIANI Lila, ZIANI Zouikha, Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

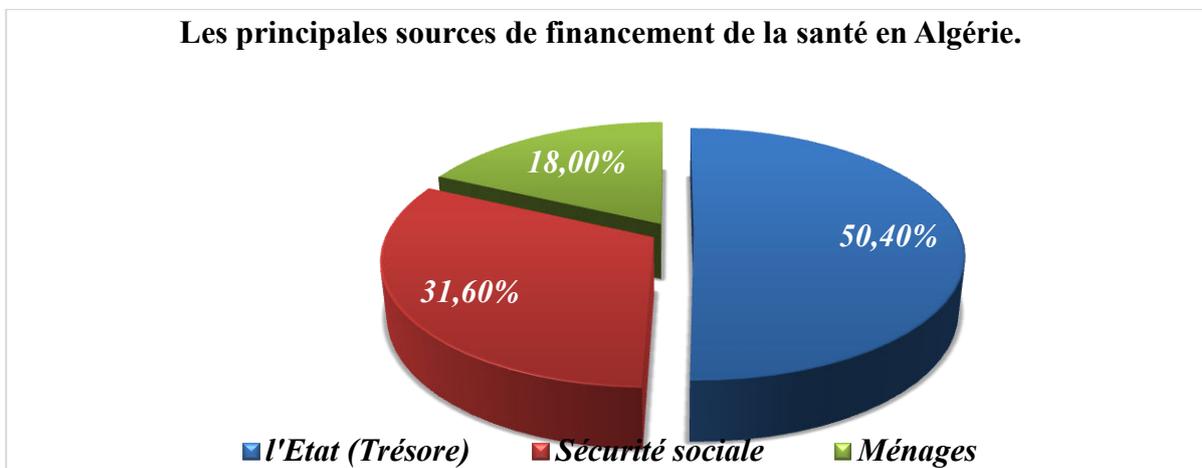
de la population. Et en l'absence des compte nationaux de la santé ; l'évolution des dépense réelles effectuées dans ce secteur sont impossibles à établir.

Figure N°1 : Financement de la santé en Algérie



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

Figure N°2 : Sources de financement de la santé en Algérie en 2014.



Source : Données de Tableau 6, Evolution de financement du système de santé algérien.

Remarque

Ces données montrent le retour de l'Etat dans le financement des dépenses de santé en Algérie avec un pourcentage de 50,40% en 2011, après avoir une diminution suite à la crise des années (fin 80 et début 90), et ensuite la part des organismes de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS) dans le financement de la santé avec un pourcentage de 31,60% à travers

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

un forfait hôpitaux alloué annuellement, et aussi la contribution des ménages dans le financement de la santé avec un pourcentage de 18,0%, donc on constate que la part la plus importante revient à l'Etat, et par la suite on constate aussi la solidarité entre ces trois ressources concernant le financement de système de santé en Algérie à travers une forte contribution.

1-5 Participation de nouveaux agents économiques au financement du système de santé en Algérie.

En plus des agents économiques participant actuellement au financement de la santé, l'Etat, la sécurité sociale, les usagers ou ménages et autre, certains agents peuvent être identifiés comme financeur potentiels, dans la mesure où ils entretiennent avec le système de santé des rapports particulier

- Soit qu'ils contribuent à l'aggravation de la situation sanitaire (*cas des entreprise polluants*) ;
- Soit qu'ils générant des besoins spécifiques de santé (*entreprise pharmaceutiques*) ;
- Soit qu'ils bénéficient d'une partie du produit de la couverture de certains risques (*cas des assurances économique en relation avec la couverture des accidents de circulation, des risques domestiques et d'autre sinistres*) ;
- Soit qu'ils aient une compétence territoriale et une responsabilité directe en matière de santé, de salubrités, d'hygiène publique (*cas des collectivités locales*).

Aussi l'exigence de plus en plus croissante des soins de qualité de la part des citoyens, l'évolution économique, sociale, et culturelle du pays nécessitent de faire appel aux agents indiqués ci-dessus pour contribuer dans l'avenir, au financement des dépense de santé. A savoir :¹⁰

- Les collectivités locales au titre de la médecine préventive et scolaire dont la participation a cessé en 1979 ;
- Les entreprises de production et de services du secteur de la santé, privées ou publiques (*SAIDAL*) ;
- Les textes locaux sanctionnant les attitudes à l'hygiène du milieu et à la santé de la population (*production ou consommation de produits périmés, multiples, toxiques*) ;
- L'instauration d'un bonus ou d'un malus (à définir) au profit des entreprises développant des efforts de prévention ;

¹⁰ Dr MOUHAND BOULAHRIK, financement u système de santé algérien, Revue des sciences économiques de gestion et de commerce / n°33-2016, P30.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

- Favorisé le développement des structures de santé des mutuelles sociales par l'affectation de praticiens spécialisés, d'équipement et d'infrastructure à l'effet d'alléger les investissements de l'Etat ;
- Pour les entreprises polluantes, une taxe parafiscale à la santé pourra être instituée à leur encontre et aura probablement un effet incitatif en direction d'une réduction des nuisances industrielles. ;
- Les assurances économiques et les assurances privées devraient contribuer, selon les modalités à définir en collaboration avec leur Ministère de tutelle à la couverture des frais occasionnés par la prise en charge médicale des dommages corporels des risques qu'elles assurent.

1-5-1 Les ressources d'agents de financement du système de santé en Algérie

Pour avoir une vision d'ensemble on se placera, tour à tour, du point de vue des ressources et de point de vue des emplois.

a) De point de vue de ressource

Concernant les ressources affectées aux dépenses de santé au niveau macro-économique, les flux suivants expliquent comment les financeurs se financent eux-mêmes :¹¹

- Les assurances sociales prélèvent des cotisations obligatoires, initialement dans la limite d'un plafond, relevé à maintes reprises. Actuellement de façon proportionnelle aux salaires de poste non plafonnés et à concurrence de 29 % (*c'est-à-dire à l'exécution des indemnités*) sur les entreprises (*employeur et salariée*) L'ensemble des ressources ainsi prélevées étant affectées sous une forme ou une autre à la couverture des dépenses de fonctionnement et d'investissement du système de soins. Les mutuelles prélèvent des cotisations sur leurs seuls adhérents ;
- L'Etat prélève des cotisations en général progressives, de nature diverses, sur l'ensemble des agents économiques (*entreprise, ménages*) et en affecte une certaine, part, décroissante en valeur relative depuis 1974, par le biais de son budget, au financement de secteur public de soins ;
- Les ménages financent la part des dépenses qui reste à leur charge. uniquement lors de la fréquentation des unités privées de soins pour ce qui est des « Actes ». lors de la fréquentation des deux secteurs pour ce qui est des produits pharmaceutiques et des actes

¹¹ OUFRIHA FATMA ZOHRA, une analyse économique du système de soins en Algérie, office des publications universitaires, place centrale de Ben-Aknoun (Alger) P 139.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

de biologie et de radiologie. Celles- les qu'ils effectuent de leur propre initiative sans passer par un prescripteur (*automédication*). Ils le font à partir de revenus, obtenus auprès des entreprises et des administrations, à l'occasion de leur activité. Ils versent aussi des cotisations complémentaires aux mutuelles lorsqu'ils y sont affiliés.

A) De point de vue des emplois

Les emplois peuvent se résumer dans les flux suivants :

- *Deux contributions forfaitaires*, globales, prédéterminées par une procédure de budgétisation ; émanant la première du trésor pour le compte de l'Etat et donc de l'ensemble contribuables, la seconde de la sécurité sociale pour le compte des Assurés Sociaux et donc uniquement des salariés. Elles sont versées directement aux secteurs sanitaires c'est-à-dire à l'ensemble des unités de soins publiques, dont elles constituent des prestations, en particulier, à toute la population. Les médicaments n'étant plus délivrés cependant au sein des structures extra hospitalières depuis 1984, sont donc achetés en officine éventuellement remboursée ;
- *Des remboursements effectués* aux ménages par les Assurances sociales et les mutuelles, pour l'ensemble des soins ambulatoires effectués auprès du secteur privé de soins, uniquement pour les médicaments et autres produits (lunetterie, radiologie, biologie) prescrits par le secteur public à titre ambulatoire ;
- *Des prises en charge de frais pour soins à l'étranger* des ménages, essentiellement des Assurés Sociaux, par les Assurances Sociales et pendant, une certaine période quoique de façon marginale, par le budget de l'Etat. Ces prises en charge constituant essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes et complexes ;¹²
- *Des paiements effectués* directement par les ménages pour les « Actes » reçus à l'occasion de la fréquentation des unités privées de soins ou de l'acquisition de médicaments pouvant résulter de la fréquentation des deux secteurs juridiques de soins. Une partie de ces dépenses l'étant à titre définitif¹³.

II-2 La place des forfaits hospitaliers et son importance dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

En Algérie, la sécurité sociale a occupé une position prééminente dans la politique du pays, comme vecteur du progrès social. Elle constitue, aujourd'hui dans un contexte général

¹² OUFRIHA FATMA ZOHRA, une analyse économique du système de soins en Algérie, office des publications universitaires, place centrale de Ben-Aknoun (Alger) P 140.

¹³ *Idem*.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

moins favorable, à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et des limitations de la précarité et de l'insécurité.

2-1 Présentations générales de la sécurité sociale en Algérie

À l'indépendance, le système de sécurité sociale est donc marqué par la multiplicité de régimes (*11 régimes de sécurité sociale*), cette organisation et mode de financement a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changements indispensables, à savoir :

La réorganisation de la sécurité sociale, l'amélioration des avantages servis aux assurés sociaux et à l'élargissement du champ d'application de la sécurité sociale notamment aux personnes démunies exclues de certains avantages. Ce qui a été concrétisé par le projet de refonte de la sécurité sociale à partir de 1970, basé sur :

- L'unification des structures ;
- L'unification des avantages ;
- L'élargissement des bénéficiaires.

Le système de sécurité sociale se base sur les principes suivants :

- La solidarité ;
- L'uniformisation vers l'amont des avantages servis ;
- L'unicité de gestion.

2-2-1 Organisation

L'organisation du système de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la gestion séparée des risques. Ainsi, il existe différentes caisses qui assurent la gestion d'un certain nombre d'actions inhérentes au risque géré, à savoir¹⁴ :

- **CNAS** : Caisse Nationale des assurances Sociales des travailleurs salariés ;
- **CNR** : Caisse National des Retraites ;
- **CASNOS** : Caisse Nationale des de Sécurité Sociale des Non-salariés ;
- **CNAC** : Caisse Nationale d'Assurance Chômage ;
- **CACOBATPH** : Caisse Nationale des Congés payés et du chômage

Intempéries des secteurs du bâtiment des Travaux Publics et de l'Hydraulique.

2-2-2 Le financement de la sécurité sociale en Algérie.

Le régime algérien de sécurité sociale a vocation de couvrir l'ensemble de la population résidente en Algérie : salariés, non-salariés et non actifs.

¹⁴ Labri Lamri, le système de sécurité sociale en Algérie une approche économique, faculté des sciences économique et des sciences de gestion. P 37.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Le financement de la sécurité sociale provient des cotisations. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. La méthode de financement par cotisations consiste à prélever une somme sur les revenus des salariés et non-salariés qui entraînent des obligations pour la sécurité sociale. L'assuré cotisant est obligatoirement couvert pour les risques prévus par la loi au moyen d'une cotisation unique.

Ces prélèvements sont en partie supportés par les employés mais une part plus importante étant dévolue aux employeurs certaines branches sont financées uniquement par l'employeur.¹⁵

2-3 La contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé en Algérie

Après 1983, la sécurité sociale est devenue un important agent « financeur » de la santé. Elle est de plus en plus impliquée dans le financement sur tous à partir de 1985 après les premiers signes des difficultés économiques et financière induites après l'affaiblissement des prix des hydrocarbures, principale ressource d'exportation du pays qui lui procure 98% de ces recettes extérieures.

2-4 La contribution de la C.N.A.S au budget de fonctionnement des hôpitaux

La sécurité sociale participe au budget de fonctionnement des hôpitaux à travers une allocation forfaitaire annuelle appelée « forfait hôpitaux ». La comparaison entre la contribution de la C.N.A.S et les autres sources de financement des hôpitaux montre que le pourcentage de la contribution de la C.N.A.S est environ toujours de 40% du budget de fonctionnement des hôpitaux.

Tableau N°7 : Evolution des budgets de fonctionnement des établissements de santé en matière de recettes (secteurs sanitaires, EHS et CHU) de 1996 à 1999

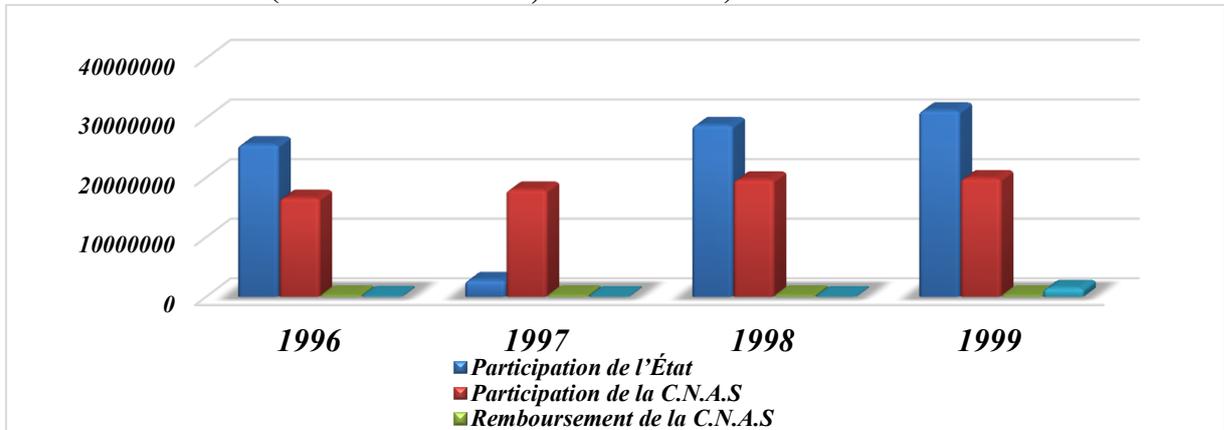
RUBRIQUE	BUDGET 1996	%	BODGET 1997	%	BUDGET 1998	%	BUDGET 1999	%
Participation de l'État	25.536.787	59	27.983.00	59	28.780.880	58	31.245.515	58
Participation de la C.N.A.S	16.576.000	38	17.972.000	38	19.652.000	40	19.872.000	37
Remboursement de la C.N.A.S	300.000	1	300.000	1	300.000	1	300.000	1
Autre ressources	700.000	1.6	800.000	1.6	800.000	1.6	800.000	1
Reliquats de trésorerie	168.000	0.4	94.000	0.4	94.000	0.2	1.433.365	3
Total	43.280.787	100	47.149.000	100	49.626.880	100	53.650.880	100

¹⁵Idem.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Source : développement du système de santé stratégies et perspectif. Rapport du mésentère de la santé et de la réforme hospitalière 2001.P.139

Figure N° 3 : Evolution des budgets de fonctionnement des établissements de santé en matière de recettes (secteurs sanitaires, EHS et CHU) de 1996 à 1999



Source : Construit à partir des données du tableau ci-dessus

Remarque

N'en constate que la participation de l'Etat à prendre la première position en matière des recettes du budget de fonctionnement des établissements publics de santé durant les quatre années en suite la participation de la CNAS en deuxième position comme un complément pour la prison en charge.

Le système d'assurance maladie en Algérie est jugé par la banque mondiale comme de « très généreux », quasiment toute la population algérienne bénéficie d'une couverture maladie notamment pour les soins prodigués dans le secteur public¹⁶.

Les deux caisses contribuent d'une manière importante au financement du système de santé, et cela à travers principalement les forfaits-hôpitaux, les transferts pour soins à l'étranger et le remboursement des médicaments.

¹⁶ Financement des systèmes de santé dans les pays de Maghreb cas : Algérie, Maroc, Tunisie ; BENMANSEUR Sonia, mémoire de magistère, UMMTO, 2012, P95.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Tableau N°8 : Position des comptes des caisses d'assurances sociales (CNAS et CASNOS) (En millions DA courants).

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CNAS										
Recettes	88 174	104 771	115 331	137 144	169 703	162 429	176 930	217 423	237 280	290 835
Dépenses	80 605	98 719	106 431	128 659	159 711	160 858	167 285	191 726	187 104	209 742
Solde	7 569	6 052	8 900	8 485	9 992	1 571	9 645	25 697	50 176	81 093
CASNOS										
Recettes		9 774	9 458	10 092	10 588	11 628	14 540	17 1171	19 025	23 655
Dépenses		9 464	10 306	11 700	12 993	13 497	15 385	16 320	17 747	20 804
Solde	----	+ 310	- 848	- 1 608	- 2 405	- 1 869	- 845	+ 797	+ 1 278	+ 2 851

Source : BRAHAMIA Brahim, Colloque international sur les politiques de santé, Alger 18-19 Janvier 2014. www.sante.dz, P38.

Ces données montrent la position des comptes des caisses d'assurances sociales en millions DA courants ce qui indique que le solde des deux caisses soit globalement excédentaire, environ 70% des dépenses sont prises en charge par l'Etat et les ménages et les fonds des caisses d'assurances sociales sont insuffisants pour faire face aux dépenses de santé, à cause notamment de faible niveau des cotisations.

II-2-5L'importance des forfaits hôpitaux dans le financement du système de santé en Algérie.

Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%, cette faible part s'explique par la place occupée par l'Etat qui, en raison des excédents financiers de l'époque, couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays (*fin 80 et début 90*), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée

2-5-1 Un forfait hospitalier

Le forfait hospitalier constitue la contribution des caisses de la sécurité sociale au financement des dépenses des secteurs sanitaires ou segment public de soins. Ou bien la somme payée par le patient à un établissement hospitalier pour couvrir les frais de son hospitalisation (*frais d'hébergements et de fonctionnement d'hôpital*).

2-5-2 Les objectifs des forfaits hôpitaux

Les forfaits hôpitaux ils sont mise en place pour des divers raisons

- Pour des raisons budgétaires la maîtrise des dépenses ;
- Pour des raisons de simplifications administratives ;
- Pour la sécurité tarifée du patient ;

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

- Pour susciter le dialogue entre les acteurs ;
- Améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

2-5-3 Les forfaits hospitaliers en Algérie

Il constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des secteurs sanitaires ou segment public de soins. Ce forfait a été mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins¹⁷, son montant est déterminé à partir de 1980 par la loi de finances, conformément à la réglementation en vigueur, le forfait hospitalier versé par les caisses de sécurité sociale était destiné à couvrir tous les frais en cours à l'hôpital (visites médicales).

Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances¹⁸.

Cette disposition budgétaire est appelée « forfait hospitalier ». Cette obligation est supposée venir en compensation des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit.

2-5-4 Évolution des forfaits hospitaliers en Algérie.

La sécurité sociale participe au financement des établissements publics de santé en Algérie. Cette participation a connu deux périodes importantes ; la première période est celle d'avant l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé en Algérie, tandis que la seconde période est celle s'étalant de la gratuité des soins instaurée en 1973 jusqu'à nos jours qui peut être subdivisée, à son tour, en trois sous-périodes¹⁹

A) La période (1962-1974) avant l'instauration de la gratuité des soins

Avant l'instauration de la gratuité des soins en 1973, les assurances sociales en Algérie participent au financement des établissements publics de santé moyennant les remboursements des frais des soins et d'hospitalisation de leurs assurés sociaux ou de leurs ayants droit. Ces frais sont calculés sur la base d'une tarification journalière « prix de journée » fixée annuellement par l'autorité de tutelle, néanmoins les recouvrements de ces frais d'hospitalisation s'avèrent difficiles du fait que les assurances sociales ont opposé une

¹⁷ ZIANI LILA, ZIANI ZOULIKHA, le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie ; Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et des sciences de gestion, université abderhaim mirra Bejaia.

¹⁸ Salim Madjid ; système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielles ; éléments pour une évaluation de la qualité des soins. P 182.

¹⁹ SALMI MADJID ; système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielles ; éléments pour une évaluation de la qualité des soins. P 182.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

prescription biennale pour le recouvrement de créances émises elles. Par conséquent, les avances consenties par leur trésor public et les ressources émanant des départements et communes, pour la prise en charge des malades indigents, vont devenir les sources prépondérantes de financement des structures hospitalières existantes.

B) La deuxième période : l'apprêt de la gratuité des soins 1974

Pendant la seconde période, les modalités de financement des établissements publics de santé vont connaître un changement. En effet, depuis l'instauration de la gratuité de soins, le financement des secteurs sanitaires, qui, étaient constitué alors en remplacement des structures hospitalières, allaient reposer sur deux principales sources de financement :

- Une subvention de l'Etat à travers « *un budget globale* » ;
- Une contribution de la part de la sécurité sociale à travers « *un forfait hospitalier* ».
- *Première sous période* ; est celle qui connaît une prépondérance de financement de la part de l'Etat par apport aux organismes de la sécurité sociale. En effet, durant la sous période 1974 et 1983, la part revenant à l'Etat dans le financement des secteurs sanitaires représente 75% de l'ensemble des financements alloués tandis que celle revenant à la sécurité sociale se situe à hauteur de 25%.
- *La deuxième sous période* ; s'ouvre en 1983, année où l'Etat commence son net désengagement dans le financement de l'Etat est passée de 75% en 1974 à moins de 35% en 1987. La sécurité sociale est donc impliquée dans le financement des transferts sociaux. Une tendance qui est apparue dans les années 80 et qui consiste à désengager l'Etat et l'Entreprise du « social » et de faire de la sécurité sociale une institution chargée de la prise en charge des dépenses sociales publiques.²⁰

C) La troisième période : l'apprêt de la crise économique 1986

L'année 1986 a été une année charnière pour l'Algérie car c'est une date qui sert de transition entre deux phases importantes pour notre pays :²¹

- La première phase était celle des réalisations et des transformations des structures socio-économiques de pays ;
- La deuxième phase était celles des réformes structurelles engagées en lendemain de la chute des hydrocarbures.

Et en 1990 la sécurité sociale allait connaître des déficits financiers prononcés, ces déficits étaient de 1.89 milliard de dinars algériens surtout ce qui concerne les branches

²⁰ KADDARE M « *sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels* » in cahiers du CREAD n° 22, Alger. P61.

²¹ *Idem.*

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

assurances sociale alors que les autre branches arrivant à dégager des excédents mais cette excédent se maintien dans les marges plus réduites.

En effet l'examen des tendances de la situation financière de la sécurité sociale au cours des années 80 a montré l'existence des risques éminents de déséquilibre structurelle à moyen et long terme.

Tableau N°9 : Evolution des forfaits hôpitaux (en million DA)²²

Années	Montant en millions de DA	Taux d'évolution année de base1973.	Evolution par année
1973	120,00	100	-
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	395.83	58.33
1979	714.5	595.42	50.42
1980	1126	983.33	57.59
1981	1410	1175.00	25.22
1982	1800	1500.00	27.66
1983	2102	1751.67	16.78
1984	2055.08	1713.67	-2.20
1985	4000	3333.33	94.57
1986	5000	4166.67	2500
1987	6500	5416.67	30.00
1988	7545	6287.50	16.08
1989	8600	7166.67	13.98
1990	8600	7166.67	0.00
1991	9500	7916.67	10.47
1992	9500	7916.67	0.00
1993	9983	8319.17	5.08
1994	10050	8375.00	0.67
1995	13551	11292.50	34.84
1996	16576	13813.33	22.32
1997	17972	14976.67	8.42
1998	19652	16376.67	9.35
1199	19872	16560.00	1.12
2000	20540.50	17117.08	3.36
2001	21500	17916.67	4.67
2002	2400	20000.00	11.63
2003	2500	20833.33	4.17
2004	27021.27	22517.73	8.09
2005	3500	29166.67	29.53
2006	3500	29166.67	0.00
2007	3500	29166.67	0.00

²² Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements public de santé perspective de la contractualisation ; séminaire sur financement de la sécurité sociale Alger le 31 août 2008.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

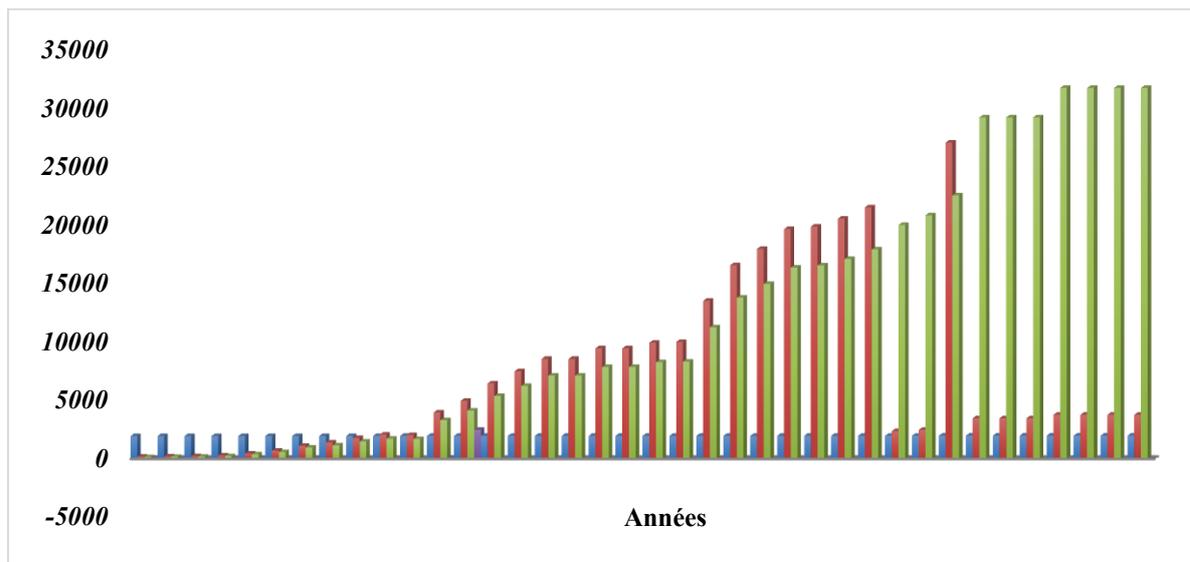
2008	3800	31666.67	8.57
2009	3800	31666.67	0.00
2010	3800	31666.67	0.00
2011	3800	31666.67	0.00

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

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. p 75.

Données du Ministère de la santé, de la population et la réforme hospitalière(MSPRH).

Figure n° 3 : évolution des forfaits hôpitaux en (million de DA)



Source : réalisé par nous-mêmes à partir des données collectées.

Le forfait hôpitaux supérieure à 35 % des dépenses totale de la sécurité sociale à la fin des années 1990 ;

Depuis 2005, le démarrage de processus de la contractualisation, le forfait hôpitaux est fixé à 35 milliard de DA ;

En 2008, ce montant passe à 38 milliard de DA, soit plus de 24% des dépenses restant à la charge de la sécurité sociale ;

Depuis 2005, le démarrage de processus de la contractualisation, le forfait hôpitaux est fixé à 35 milliard de DA ;

En 2008, ce montant passe à 38 milliard de DA, soit plus de 24% des dépenses restant à la charge de la sécurité sociale.

Remarque

Depuis son institution en 1973, le forfait hôpitaux a augmenté d'une manière soutenue. En effet nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

120 millions de DA en 1973 à 38000 millions de DA en 2009, ce montant a été multiplié par 316,66 en l'espace de 36 ans.

Cette augmentation du forfait hospitalier est due d'une part au désengagement progressif du budget de l'Etat qui ne concourt qu'à 24 % de ses dépenses en 1989 et de l'autre part au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

Les forfaits hospitaliers sont donc les contributions annuelles, forfaitaires et préétablies des organismes de la sécurité sociale destinées à la couverture des dépenses de fonctionnement des secteurs sanitaires en Algérie et à la réalisation d'investissement socio-sanitaire publics. Ces derniers sont déterminés sur des bases irrationnelles car leur fixation ne tient pas compte des capacités de financement de la sécurité sociale puisque l'État prélève unilatéralement des fonds de cette institution et les affecte à des dépenses de santé en perpétuelle évolution, surtout après l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé en 1973.²³

La sécurité sociale finance l'essentiel des dépenses publiques de santé, mais qu'aucune coordination ou concertation mutuelle soit établie entre ses caisses et le système de soins. La nature de ce dernier n'est d'ailleurs pas claire car il existe bien des ambiguïtés qui font qu'on ne sait pas exactement si on est en présence d'un système d'assurance-maladies ou les partenaires sont reconnus et négocient explicitement²⁴, ce qui donne la possibilité à la sécurité sociale de jouer de seconde main quant aux dépenses par le système de soins, ou on est en présence d'un « *service national de santé* », que prévoit pourtant la constitution de 1976, ou l'État doit prendre en charge l'essentiel des dépenses du système de soins en allégeant les caisses de la sécurité sociale.

²³ZIANI LILA, ZIANI ZOULIKHA ; le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie, faculté des sciences économiques des sciences commerciales et des sciences de gestion, université abederrhman Mira Bejaia.

²⁴KADDAR M « sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie ; données et problèmes actuels » op. cité.

Chapitre 2 : évolution est importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Tableau N°10 : évolution de la part de financement de l'État et de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé en Algérie (en millier de DA)

Année	Participation de l'État	Taux de participation de l'État	Participation de la CNAS	Taux de participation de la CNAS
1990			8600000	0.66
1991	9000000	0.44	9500000	0.47
1992	15106000	0.60	9500000	0.38
1993	15246000	0.57	9983000	0.38
1994	18168095	0.59	1250000	0.37
1995	21276280	0.58	13551000	0.37
1996	25536787	0.59	16576000	0.38
1997	25983000	0.59	17972000	0.38
1998	28780880	0.58	19652000	0.40
1999	31245515	0.58	19872000	0.37
2000	31245515	0.60	20540477	0.37
2001	330036043	0.61	21500000	0.36
2002	36260000	0.65	24000000	0.33
2003	467522001	0.67	24000000	0.26
2004	66731718	0.67	25000000	0.25
2005	59455922	0.57	35000000	0.34
2006	73468310	0.66	35000000	0.31
2007	106660000	0.74	35000000	0.24
2008	139040817	0.78	38000000	0.21
2009	146389711	0.81	38000000	0.27
2010	149219636	0.83	40500000	0.29
2011	150759863	0.85	42006023	0.33
2012	168795321	0.92	42006023	0.30
2013	172800365	0.93	45065892	0.37

Source : direction du budget du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalier2013.

Le forfait hospitalier, qui théoriquement sert à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public, en fait initialement l'hospitalisation, finance de plus en plus largement et de façon prépondérante le système public de soins, suite à un désengagement progressif du budget de l'Etat. Le forfait hospitalier, de même d'ailleurs que l'ensemble des cotisations sociale, croit plus que proportionnellement aux salaires. Elles tendent alors à en représenter une fraction de plus en plus importante.²⁵

Cela signifie que les assurés sociaux financent la plus grande partie des soins en particuliers, des non-assurés sociaux et en particulier des catégories hautes et moyennes qui y accèdent librement

²⁵OUFRIHA F Z ; une analyse économique du système de soins en Algérie, office des publications universitaires, place centrale de Ben-Aknoun (Alger)

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Ce qui est absolument insoutenable comme rythme d'accroissement, même s'il faut prendre en considération le fait que les niveaux de couverture de besoins de santé sont faibles au départ²⁶.

Le forfait hôpitaux est le plus important poste de dépense de la CNAS²⁷, il représente 1/3 de ces charges en 1993. Cette situation ne s'est pas arrêtée à ce niveau, au contraire les chiffres se multiplient d'année en année pour constituer une dette énorme pour les caisses de sécurité sociale ; ce qui rend très difficile la mise en place de différentes réformes entre autre, le système de contractualisation des soins.²⁸

2-5-4 La contractualisation peut-elle constituer une alternative à la problématique du financement des soins en Algérie.

Un forfait hôpitaux de 38 milliards de dinars dégagé annuellement. Même si aucune date n'a été avancée, le projet de la contractualisation des rapports entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements publics de santé, en préparation depuis plusieurs années, est en phase de mise en œuvre.

A partir de 2000, les lois de finances successives disposent que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base des relations contractuelles.

Ainsi, la mise en place de la contractualisation au sein des établissements publics de santé a contribué à la diminution de la charge de financement par la CNAS, cela s'est traduit par la diminution de taux d'évolution des sources allouées par cette dernière aux structures publiques enregistrant une certaine stabilité durant les années 2000.

L'Etat continuera à les déboursier jusqu'à la mise en application de la contractualisation la quelle définit le statut des usagers du système public de soins à savoir, les assurés sociaux et ayants droit, les assurés sociaux démunis et les usagers non-assurés. Pour les assurés, les frais de soins reviendront à la CNAS, a expliqué le ministre qui souligne dans la foulée que ce regroupement s'inscrit dans le cadre de la mise à niveau d'information et les formations des intervenants de la CNAS et de la CASNOS pour mieux leur expliquer les tenants et les aboutissants de ce projet d'autant plus que l'on sait que les deux organismes de sécurité sociale deviendront des bailleur des fonds.

²⁶OUFRIHA F Z *Op.cit.*

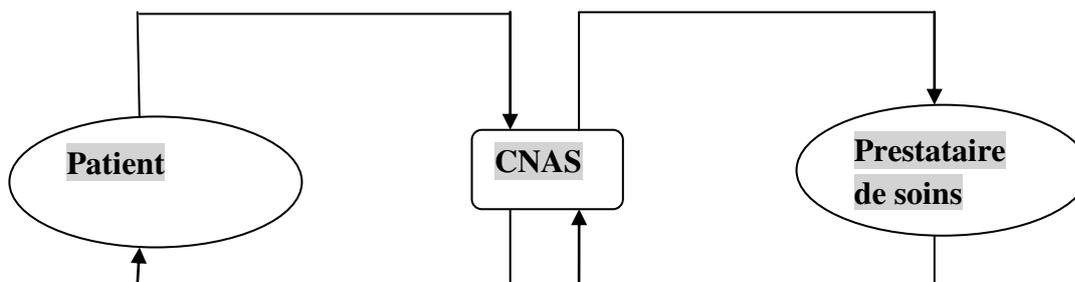
²⁷LARBI LAMRI. Le système de sécurité sociale en Algérie. Une approche économique faculté des sciences économiques et de science de gestion ; office des publications universitaire, place centrale de ben-aknoun(Alger) P 140.

²⁸ Labri Abid, la mise en œuvre de la contractualisation et l'amélioration des prestations de santé ; le guide de la médecine et de la santé en Algérie, ESAA, 21 février 2009.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

La contractualisation nous permettra d'assurer une meilleure maîtrise et même la transparence des dépenses de santé de la sécurité sociale comme elle garantit une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière des assurés sociaux», a fait savoir le ministre indiquant au passage que la carte Chifa sera introduite progressivement au niveau des hôpitaux.

Schéma : la logique de la contractualisation en Algérie



Source : concrétisation de l'idée de la contractualisation en Algérie.

2-2-6 Les limites des forfaits hospitaliers en Algérie

Le forfait global présente de nombreuses limites et il s'est avéré nécessaire et depuis très longtemps de se substituer à ce mode de financement par de nouveaux mécanismes privilégiant, le procédé de la facturation de santé réellement fournie.

Aussi les véritables inconvénients liés à ces mécanismes sont contenus dans les faits suivants :

- L'absence des références médicales et tarifaires ; en effet, la participation de la sécurité sociale est faite forfaitairement, c'est-à-dire que les montants prélevés annuellement n'obéissent à aucune base tarifaire. Les textes ne prévoient ni un pourcentage ni une somme clairement définies qui revient à la sécurité d'y participer ;
- Gratuité totale des actes médicaux il faut juste rappeler que la loi sur la médecine proclamée gratuite, a fait que tous les actes prodigués dans les établissements publics sont fournis sans aucune discrimination pour toutes les catégories de personnes ;
- L'absence des tarifs de soins a créé d'abord le problème de la connaissance des coûts de soins en milieu hospitalier qui peuvent servir de référence et de contrôle de gestion. Aussi il est devenu très difficile de connaître des dépenses que couvre réellement ce forfait en matière de soins, le résultat en est une désarticulation totale entre les sommes allouées et les services de santé réellement prodigués aux assurés sociaux et leurs ayants droits ;
- La détérioration de la qualité des soins a obligé beaucoup d'assurés de se tourner vers le secteur privé, ce qui a créé un double financement pour l'organisme de la sécurité sociale ; le premier pour les établissements publics de santé.

Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hospitaliers dans le financement des établissements publics de santé en Algérie.

Conclusion

Le système de sécurité sociale en Algérie occupe une place importante dans l'économie nationale. L'assurance maladie est la branche la plus importante de ce système du fait des ressources qu'elle mobilise, du nombre de prestations qu'elle dispense et du nombre de personnes couvertes.

Le directeur général de la Sécurité sociale au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale a d'abord précisé que «le niveau de dépenses de la sécurité sociale avait encore augmenté en 2014», sans donner de détails sur les dépenses de chacune des principales caisses, à savoir la CNAS, la CASNOS et la CNR. Il a juste indiqué de manière évasive et approximative que pour la CNAS et la CASNOS les dépenses liées à l'assurance maladie (*et au financement des hôpitaux publics*) seraient de 300 milliards de dinars chaque année, que le montant du «forfait hospitalier» (*contribution des caisses de sécurité sociale fixée par la loi de finances*) avait augmenté en 2014 de 15% par rapport à 2013, se chiffrant à 65 milliards de DA. Mais selon lui, si les dépenses «santé» de la sécurité sociales sont en hausse, la situation financière de la CNAS et de la CASNOS est «au vert... et que notre leitmotiv est de maintenir les équilibres financiers.

Dans ce mémoire nous avons essayé d'exposer et de mener une réflexion sur les sources et les modalités de financement du système de santé en Algérie et particulièrement sur les forfaits hôpitaux. Cette réflexion est une contribution basée sur une recherche approfondie et une expérience dans le champ de la santé.

Notre travail de recherche à étudier et d'analyser la question de financement des établissements publics de santé en Algérie ; et la participation de la sécurité sociale à travers les forfaits hôpitaux, notamment son élaboration et sa mise en place. Et son importance revêt dans le financement, qui est des obligations financières supposée venir en compensations des prestations de santé servies aux assurés sociaux et leurs ayants droit

Les forfaits hôpitaux, qui théoriquement servent à financer les prestations fournies aux assurés sociaux par le secteur public, finance de plus en plus largement et de façon prépondérante le système public de soins, suite à un désengagement progressif du budget de l'Etat. Le forfait hospitalier, de même d'ailleurs que l'ensemble des cotisations sociale, croit plus que proportionnellement aux salaires. Elles tendent alors à représenter une fraction de plus en plus importante.

La problématique du financement de la santé en Algérie interpelle les décideurs pour la nécessité absolue d'engager une refonte globale du système de financement non seulement en se focalisant autour de la recherche de nouvelles sources de financement mais aussi en accordant un intérêt particulier au redéploiement et à la rentabilisation des moyens existants par la révision des mécanismes de rémunération et la définition de nouveaux critères d'affectation des ressources disponibles

Le système de sécurité sociale en Algérie occupe une place importante dans l'économie nationale. L'assurance maladie est la branche la plus importante de ce système du fait des ressources qu'elle mobilise, du nombre de prestations qu'elle dispense et du nombre de personnes couvertes. Est considéré, à juste titre, comme l'un des plus généreux dans le monde de par la couverture qu'il assure à environ 80% de la population (*assurés sociaux et non-salariés et leurs ayants droit*).

Est cette préoccupation majeure du système de sécurité sociale dans sa globalité s'articule autour d'une persistance des déficits financiers apparus à partir du début des années 90 qui ont tendance à devenir structurels mettant en scène le risque de remise en cause de l'existence même du système dans un contexte de fortes contraintes financières et de blocage de la croissance économique

Le système national de santé connaît des transformations profondes insufflées par les nouveaux textes réglementaires, les notes ministérielles et les réformes hospitalières engagées pour la modernisation de la gestion des hôpitaux, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socioéconomiques qui connaît notre pays et répondre de manière efficace aux besoins de la population.

Malgré l'énorme effort fait dans le domaine de santé malheureusement pas accompagnée de la qualité des services et de prise en charge médicale dans les établissements publics de santé puisque les patients sont souvent confrontés au manque d'équipements, particulièrement radiologiques, biologiques et de produit comme les réactifs nécessaire. Pour avoir un système de santé plus performant. Dont il devrait y avoir une révision du rôle de l'Etat en matière de production et de financement pour couvrir la demande de soins qui ne s'arrête pas de s'augmenter à cause de la transition épidémiologique qui est sont élevée, ainsi que la croissance démographique.

D'après l'analyse des établissements publics hospitaliers en Algérie, et particulièrement le CHU NedirMohamedde Tizi-Ouzou, nous retenons les résultats suivants :

- Que le financement des établissements publics de santé sont assuré par l'Etat à 70% comme fournisseur major, la sécurité sociale à 24 % et les paiements directs des ménages à travers le ticket modérateur à 6% ;
- La participation de la CNAS au financement de la santé elle augmente en fur à mesure à travers les forfaits hôpitaux ;
- De ce fait, tous les établissements publics de santé possèdent la même organisation administrative. Par contre, pour ce qui est de l'organisation médicale de ces établissements, elle peut différer d'un établissement à un autre, surtout au niveau des spécialités médicales et de certains services. Ce qui procure une certaine Indépendance aux acteurs de la santé.

Enfin, le financement du système de santé algérien est assuré en majorité par l'Etat, afin d'améliorer l'état de santé de la population algérienne. Aussi les citoyens doivent participer au financement de leur système de santé auquel ils ont le droit de réclamer de soins de qualité. Leur participation directe restera modique, la plus grande partie des frais de santé est payée par les caisses d'assurance pour les assurés et par l'Etat pour les patients démunies et ceux souffrants d'une maladie chronique. Très rares, seront les Algériens qui payeront la totalité des frais inhérents à des soins reçus au niveau des établissements hospitaliers.

Bibliographie

Ouvrages

1. Achène ZEHANTI, les évolutions Récentes du système de santé Algérien. L'évolution des modalités du financement de la santé ;
2. Labri LAMRI, le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, la contribution de la sécurité sociale au financement de la santé ;
3. MEBTOUL Mohamed, « *la médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie* ». Médecine et santé N°5, 1999 ;
4. OUFRIHA FATMA ZOHRA, une analyse économique du system de soins en Algérie, office des publications universitaires, place centrale de Ben-Aknoun (Alger) ;
5. OUFRIHA FATMA ZOHRA, « Système de santé à la croisée des chemins », Edition. CREAD, 2006.

Thèses et mémoires

1. KARA TERKI Assia «la régulation de l'offre dans le nouveau système de soins public ». Thèse de doctorat en science économiques ; université ABOU BEKER Belkaid de Tlemcen, faculté des sciences économiques et de gestion, 2009
2. Kara Terki Assia, la régulation de l'offre dans le nouveau système de soins public ; thèse de doctorat en science économiques option gestion ;
3. NOURA KAID : le système de santé algérien entre Efficacité et Equité, thèse de doctorat d'état en science économique, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, de sciences commerciales et de gestion
4. SALMI MADJID ; système de santé en Algérie à l'heur de la transition plurielles ; éléments pour une évaluation de la qualité des soins.
5. Ziani Zoulikha ; Essai d'analyse de l'apport de la politique des dépenses de médicaments dans la régulation des dépense de santé en Algérie, Mémoire du magister en science économique, université Abderhmain mira de Bejaia, Mais 2012.

Articles et communication

1. ABDELKADER REMAL système de santé en Algérie le 27 avril 2013 état de santé Alger.
2. Castonguay Joanne ; Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux ; Rapport de projet, Montréal, Mars 2013,
3. KADDARE M « *sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problème actuels* » in cahiers du CREAD n° 22, Alger.
4. LAMRI Labri, « *financement de la santé en Algérie* » : Revue de presse ; [http //www ressrna.ma/Doc%5CSYSTENE%20Algérie –financement.PDF](http://www.ressna.ma/Doc%5CSYSTENE%20Algérie-financement.PDF).
5. LAMRI labri, « *Accroissement de la dépense nationale de santé des ménages ; facteur explicatifs* »
6. ZIANI Lila, ZIANI Zoulikha, « *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie* », revue internationale de sécurité sociale n° 4 vol.57, octobredécembre 2004.

Rapports et documents

1. Article de la Loi N°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, article 05.
2. CHACHOUA, « le système national de santé, 1962 à nos jours », colloque international sur les politiques de santé. Alger, les 18 et 19 janvier 2014.
3. Colloque internationale sur les politique de santé Alger le 18 et 19 janvier 2014.
4. Déclaration politique sur le VIH/SIDA ; intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA, juin 2011.
5. Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo- Universitaires.
6. F. CHAOUI et M. LEGROS, « Les systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie, Défis Nationaux et Enjeux Partagés ». Les Notes IPEMED N°13, Avril 2012.
7. Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. Enquête sur lamortalité et la morbidité infantile en Algérie. Imprimerie Onat, Alger, 1992.
8. Ministère de la santé et de la Population, Séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne, Alger 7-8 avril 1983.
9. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Commission de la refonte de la prévention médico-sanitaire. Rapport d'activités et perspectives. Février, 2011.
10. Office National des Statistique, Démographie Algérienne, 2015, Données Statistique N° (740), Donnée (2015).
11. Source, office national des statistiques.
12. Rapport de l'organisation Mondiale de la santé, 2004.
13. MSPRH : la politique de santé. MSPRH, Algérie, 2006.

Webographie

1. <http://www.Santé.com>.
2. <http://www.ons.dz>.
3. www.who.org.
4. <http://chuto.dz> (Consulté le 27/09/2017).

La liste des abréviations

Abréviations	Significations
AMG	L'assistance médicale gratuite.
BE	le Bureau des entrées.
CACOBATPH	Caisse Nationale des Congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment des Travaux Publics et de l'Hydraulique
CASNOS	La caisse nationale de l'assurance sociale non-salariée.
CNAS	La caisse nationale d'assurés sociaux.
CNR	La caisse nationale de la retraite.
CHU	Centre hospitalier- universitaire.
D A	Dinar algérien.
DG	Directeur général.
DSP	Direction de la santé et de la population.
DNS	Dépenses national de santé.
EH	Etablissement hospitalier.
EHS	Etablissement hospitalier spécialisé.
EPH	Etablissement public hospitalier.
FMI	Fonds monétaire International.
FH	Forfait hôpitaux.
GHM	Groupe homogène de malade.
LF	loi de finances.
MG	Mortalité générale.
MI	Mortalité infantile.
MSPRH	Le ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalier.
MST	Maladies sexuellement transmissible.
MTH	Maladies à transmission hydrique.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
PIB	Produit intérieur brut.
PEV	Programme élargi de vaccination.
PCA	Pharmacie centrale Algérien.
PMI	protection maternelle et infantile.
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information.
SS	Secteur sanitaire.
UGTA	l'union générale des travailleurs Algériens.

Liste des tableaux

Tableaux N°	Titres	Pages
Tableaux n° 1	Evolution des taux brute de natalité et de mortalité de 1901 à 2003	12
Tableaux n°2	Evolution de la population. De l'année 2000 jusqu'a 2015.	13
Tableaux n°3	Evolution des infrastructures publiques de santé (1996-2013).	17
Tableau n°4	financement du système de santé en %de 1980 ou 1989.	26
Tableau n°5	Evolution du financement du système de santé algérien à partir des années 2000	27
Tableau n°6	Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en %.	30
Tableau n°7	Evolution des budgets de fonctionnement des établissements de santé en matière de recettes (<i>secteurs sanitaires, EHS et CHU</i>) de 1996 à 1999	40
Tableau n°8	Position des comptes des caisses d'assurances sociales (CNAS et CASNOS) (En millions DA courants).	41
Tableau n°9	Evolution des forfaits hôpitaux (en million DA)	45
Tableau n°10	évolution de la part de financement de l'État et de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé en Algérie (en millier de DA)	47
Tableau n°11	Récapitulatif du nombre de lits unité NEDIR Mohamed	58
Tableau n° 12	Récapitulatif du nombre des Ressource humaine ou CHU.	59
Tableau n° 13	Extrait du budget primitif de l'établissement public hospitalier CHU de Tizi ouzou des recettes en 2017 (unité en DA)	64
Tableau n° 14	Nombre de malades évacués des différents établissements périphériques et autre wilayas vers le CHU de Tizi-Ouzou.	71

Listes des figures

Figure N°	Titres	Pages
Figure n° 1	Financement de la sante en Algérie	35
Figure n°2	Sources de financement de la sante en Algérie en 2014	35
Figure n°3	Evolution des budgets de fonctionnements des établissements de santé en matière de recettes (secteur sanitaire, EEHS CHU de 19666 à 1999	40
Figure n°4	Evolutions des forfaits hôpitaux en (million de DA)	46
Figure n°5	Organigramme du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou	57
Figure n°6	Organisation de bureaux des entrées	61
Figure n°7	Le budget de CHU Nedir Mohamed Tizi-Ouzou	66
Figure n° 8	L'organigramme de la direction de finance et du contrôle	68

DEDICACES

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION GENERALE	1
Chapitre I : aperçu sur l'évolution et le financement du système de santé en Algérie	5
I. l'évolution du système de santé Algérien	5
I.1. définition du système de santé Algérien.....	5
I.2. les caractéristiques du système de santé Algérien.....	5
I.3. historique	6
I.4. évolution du système de santé en Algérie.....	6
I.4.1.la première phase qui recouvre trois décennies.....	6
I.4.1.1 la première décennie s'ouvre de l'indépendance 1962 jusqu'à 1972	6
I.4.1.2 la deuxième décennie (1972 1982)	8
I.4.1.3 la troisième décennie (1982 1992).....	9
I.4.2 la deuxième phase qui caractérisée par une transition démographique, épidémiologique et enfin économique.....	10
I.4.2.1 la transition démographique	10
I.4.2.2 la situation épidémiologique.....	14
I.4.2.3 la situation économique et sociale.....	15
I.4.3 la phase actuel.....	16
II. le financement du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours	17
II.1 l'historique de financement du système de santé en Algérie.....	17

II.1.1 financement socialisé.....	18
II.1.2 la dotation globale de financement.....	18
II.1.3 financement réaménagé.....	19
II.2 les différentes périodes de financement du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours.....	20
II.2.1 période du financement mixte.....	21
II.2.2 période de la gratuité totale des soins.....	23
II.2.3 Période de l'application des réformes de financement et introduction d'une participation financière des ménages pour leurs soins (1988-1998).....	24
II.2.4 Période de la croissance du recours des ménages aux prestataires privés de la santé 1999 à nos jours.....	26
Conclusion	28
Chapitre 2 : évolution et importance des forfaits hôpitaux dans le financement des établissements public de santé en Algérie.....	29
II.1 les modalités actuel de financement du système de santé en Algérie.....	30
1.1 l'Etat.....	31
1.2 la sécurité social.....	32
1.3 les ménages.....	33
1.4 les autre sources.....	33
1.4.1 les mutuelles.....	33
1.4.2 les entrepris.....	34
1.4.3 le secteur privé.....	34
1.4.4 participation des nouveaux agents	36
1.4.5 les ressources d'agents de financement de système de santé en Algérie.....	37
II.2 la place des forfaits hôpitaux et sont importance dans le financement de la santé en Algérie.....	38
II.2.1 présentation générale de la sécurité sociale	38

1.1 organisation	39
1.2 le financement de la sécurité sociale.....	39
1.3 la participation de la CNAS au financement de la santé en Algérie.....	40
1.4 la contribution de la CNAS au budget de fonctionnement des établissements public de santé	40
II.2.2 L'importance des forfait hôpitaux dans le financement de système de santé en Algérie.....	42
2.1 Définition d'un forfait hôpitaux.....	42
2.2 Les objectifs des forfaits hôpitaux.....	42
2.3 Évolution des forfaits hôpitaux en Algérie.....	43
2.3.1 La période 1962 1972 avant l'instauration des soins.....	43
2.3.2 La deuxième période après la gratuité des soins 1974.....	44
2.3.3 La troisième période après la crise économique 1986.....	44
2.4 Le rôle des forfaits hôpitaux dans le financement de système de santé.....	47
2.5 La contractualisation comme un outil fiable entre la CNAS et les établissements publics de santé	49
2.6 Les limite des forfaits hôpitaux en Algérie.....	50
Conclusion	50
Chapitre 3 : les sources de financement de l'établissement public de santé et la contribution d'accès aux soins cas du CHU Nedir Mohammed	52
III.1 présentation du CHU de Tizi ousou.....	52
1.1 Historique du centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou (CHU-TO).....	52
1.2 Les missions du CHU de T-O.....	54
1.3 Les objectifs du CHU de T-O.....	54
1.4 Organisation administrative de CHU de Tizi ousou.....	55
1.5 Fonctionnement de CHU de T-O.....	56
1.6 Organisation de personelle de CHU.....	59

1.7 Les sous-directions des activités de santé en niveau de CHU.....	61
2.1 Le financement du CHU T-O.....	62
2.2 Les ressource du CHU T-O.....	63
2.2.1 Les modes de paiements	64
2.3 L'obtention du budget du CHU T-O.....	65
2.3.1 Préparation de budget de CHU T-O.....	65
2.3.2 Prévisions budgétaire de CHU T-O.....	65
2.4 Présentation de la direction de finance et de contrôle en niveau de CHU T-O.....	68
2.4.1 missions de la direction de finance et contrôle.....	68
2.4.2 Les moyens humain et matériel.....	69
3.1 L'accès au soin en niveaux du CHU T-O.....	69
3.1.1 1L'accueil des patients dépend des conditions de travail du personnel.....	70
3.2 Les prix des consultations, des prestations médicale et paramédicale.....	71
3.2.1 Le prix de la journée en niveau de CHU T-O.....	72
3.2.2 Le repas d'un malade coûte 300 DA en niveau de CHU de Tizi-Ouzou.....	73
2.2.3 Couts d'hospitalisation.....	73
Conclusion	74
Conclusion générale.....	75
Liste des tableaux.....	77
Liste des figures.....	78
Référence bibliographie.....	79
Table des matières.....	80

Résumé

Le financement du système de santé algérien est repose sur les dotations budgétaires de l'Etat, d'une contribution forfaitaire des organismes de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et d'une participation de plus en plus importante des ménages. Avant 1974, avant l'instauration .Le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée "prix de journée" déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements wilayas) et les organismes de sécurité sociale). À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé (substitution des paiements directs (acte et prix de journée) parla formule « budget global »). Cette décision politique facilite l'accès aux soins et aux médicaments, surtout pour les démunie L'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé.

Les forfaits hôpitaux Il constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des secteurs sanitaires ou segment public de soins. Ce forfait a été mis en œuvre en 1973 avec l'instauration de la gratuité des soins, son montant est déterminé à partir de 1980 par la loi de finances, conformément à la réglementation en vigueur, le forfait hôpitaux versé par les caisses de sécurité sociale était destiné à couvrir tous les frais en cours à l'hôpital (visites médicales). Depuis 1974 et en vertu de l'institutionnalisation de la médecine gratuite en Algérie, la sécurité sociale est sollicitée par la loi à contribuer au financement des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé à travers une participation forfaitaire fixée annuellement dans le cadre de la loi de finances.

La sécurité sociale participe au financement des établissements publics de santé en Algérie. Cette participation a connu deux périodes importantes ; la premier période est celle d'avant l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé en Algérie, tandis que la seconde période est celle s'étalant de la gratuité des soins instaurée en 1973 jusqu'à nos jour qui peut être subdivisée

Le forfait globale présente de nombreuse limites et il s'est avéré nécessaire et depuis très longtemps de se substituer à ce mode de financement par de nouveaux mécanismes privilégiant, le procédé de la facturation de santé réellement fournie.

Les mots clés

C.H.U : Centre hospitalier –universitaire. **F.H** : Forfaits hôpitaux. **E.P.H** : Etablissement public hospitalier. **E.P.S** : Etablissement public spécialisé. **D.S.P** : Direction de la santé et de la population.