



UNIVERSITE MOULOU
MAMMERI DE TIZI-OUZOU (UMMTO)



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

Département de Sciences d'Economie

MEMOIRE de fin de cycle

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

Spécialité : **Economie de la santé**

Thème :

*Le financement du système de santé en Algérie :
apports des usagers*

Cas : CHU de Tizi-Ouzou

Présenté par :

Obrou Marie Victoire A.D

Oyana Ela Cleopatra

Encadré par :

Mr. Madjid Salmi

Soutenu publiquement devant les membres de jury composé de :

Mme ANNANE Souhila

Mlle LUGGAR Rosa

Promotion : 2017-2018

Liste des abréviations, acronymes et sigles

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des non-salariés

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CNAS : Caisse Nationale d'Assurance Sociale

EHS : Établissement Hautement Spécialisé

INSP : Institut National de Santé Publique

LCPP : Laboratoire de Contrôle des produits pharmaceutiques

MCO : Managed Care Organization

MSPRH : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

OCAM : Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONS : Office Nationale de Statistique

PAS : Programme D'Ajustement Structurel

PCH : Pharmacie des Hôpitaux

PIB : Produit Intérieur Brut

SNS : Service National de Santé

SS : Secteur Sanitaire

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfant

Résumé

Le système de santé est un ensemble de plusieurs éléments qui interagissent dans le but de fournir des prestations à la population.

De la période coloniale jusqu'à aujourd'hui le système de santé algérien a traversé plusieurs étapes dont des transitions épidémiologiques, démographiques et socio-économiques.

Ce système national de santé s'organise autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

Le financement est assuré généralement par la sécurité sociale, l'État et les ménages. L'état accompli plusieurs efforts pour la satisfaction des usagers et leur permettre de participer le moins possible au financement. Mais l'accroissement sans cesse des dépenses de santé constitue un frein à ce processus.

Mot clés : Système de santé, financement, usager, Algérie

Resumen

El sistema de salud es una colección de muchos elementos que interactúan para proporcionar beneficios a la población.

Desde el período colonial hasta hoy, el sistema de salud argelino ha pasado por varias etapas, incluidas las transiciones epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas.

Este sistema nacional de salud está organizado alrededor de un sector público y un sector privado. El Ministerio de Salud, Población y Reforma Hospitalaria (MSPRH, por sus siglas en inglés) administra la atención médica hospitalaria y pública y supervisa las condiciones de la práctica del sector privado.

La financiación es generalmente proporcionada por la seguridad social, el estado y los hogares.

El estado ha realizado varios esfuerzos para satisfacer a los usuarios y permitirles participar lo menos posible en el financiamiento. Pero el aumento constante en el gasto en salud es un freno para este proceso.

Palabras claves: Sistema de salud, fondos, usuarios, Argelia

Sommaire

Introduction générale	1
Chapitre I : Généralités sur les systèmes de santé	5
Section 1 : Généralités sur le système de santé	6
Section 2. Système de santé algérien	16
Chapitre II : Le financement du système de santé en algérien	37
Section 1 : Les dépenses de santé	38
Section 2 : Les modalités de financement du système de santé algérien	47
Chapitre III : L'apport des usagers dans le financement des soins (cas du CHU de Tizi Ouzou)	55
Section 1 : Présentation du centre hospitalo- universitaire de Tizi-Ouzou.....	56
Section 2: La contribution des malades au financement dans la santé	61
Section 3 : présentation des résultats de l'enquête	68
Conclusion générale.....	80
Bibliographie	83

Introduction générale

Introduction générale

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances.

Le secteur public y est dominant mais le secteur privé et ses pratiques imprègnent largement la dynamique de l'ensemble du système. Malgré les investissements publics colossaux et les nombreuses réformes entamées, le système de santé algérien souffre d'un déficit flagrant de cohérence, et d'efficacité. Il ne donne satisfaction ni à la population, ni aux autorités nationales ni aux professionnels de la santé. Il profite largement aux marchands des soins et des produits de santé du fait de l'absence de toute régulation effective et explicite de l'organisation et des prestations de soins. 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. ¹

La plupart des pays du monde, trouvent des problèmes et des choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments et d'autres progrès techniques, l'augmentation des attentes et le vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue et, en conséquence tendent à augmenter les coûts du système. Parallèlement, des contraintes macro-économiques, démographiques et budgétaires limitent la mesure dans laquelle les pouvoirs publics peuvent simplement affecter des recettes publiques plus importantes à la santé.

Il est clair que la question du financement du système de soins algérien est très complexe. Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelles ne peuvent assurer la pérennité du système de soins et garantir l'équité d'accès des plus démunis.

Le système de santé algérien a aujourd'hui davantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié au mode de financement de la santé et à la maîtrise des dépenses.

¹Achiou Meriem, AmiroucheSouhil : Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie, mémoire de master en Sciences Économiques, université de Bejaïa 2016

L'économie algérienne est spécialisée dans la production (entre 30 % et 50 % du PIB depuis 1990) et l'exportation (entre 75 % et 95 % des exportations) de pétrole. Une de ses caractéristiques est la petite taille de son secteur industriel hors hydrocarbures (moins de 10 % du PIB), dominé à 80 % par le secteur privé. Celui-ci est également très faiblement tourné vers l'exportation (moins de 5 % des exportations). C'est donc une économie rentière et la croissance économique est très dépendante du prix du pétrole (et du gaz).²

Aujourd'hui, le financement du système national de santé représente un véritable enjeu. L'État, a accompli des efforts considérables depuis l'indépendance. Mais, malgré tout cela des insuffisances relatives à la satisfaction des usagers qui participent de plus en plus au financement et des professionnels de santé, se manifeste, est ce qui traduit l'absence d'un système pertinent porté sur des principes de la fonction du contrôle de gestion et des techniques économiques.

L'objet essentiel de notre travail est de montrer la contribution des ménages dans le financement du système de santé algérien

Notre problématique s'articule autour de cette question :

Quelle est la participation des usagers dans le financement du système de santé algérien ?

Dans ce travail de recherche, nous avons tenté de répondre à la démarche

Méthodologique suivante :

➤ D'abord, une recherche bibliographique et documentaire a été effectuée. L'université de notre faculté a été visitée ainsi que l'Institut National de Planification et De Statistique(INSP).

➤ Nous avons aussi réalisé un sondage à travers des questions posées directement aux patients au sein du CHU de Tizi-Ouzou.

Pour mener à bien notre recherche, nous envisageons d'organiser notre travail en trois chapitres dans lesquels nous essaierons d'apporter des éléments de réponse à notre problématique.

Dans le premier chapitre, nous donnerons un aperçu sur quelques notions concernant le système de santé en général.

² Idem

Introduction générale

Le second chapitre a pour objectif d'étudier le système de santé algérien ainsi que son financement.

Le dernier chapitre sera relatif à la contribution des malades au CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou à travers une enquête auprès de ceux-ci

Chapitre I :

Généralités sur les

systemes de santé

Introduction

Les systèmes de santé sont très importants et indispensables au développement sain des individus.

Aujourd'hui, le système de santé algérien rencontre des difficultés. En effet l'État de santé de la population algérienne présente à la fois les caractéristiques des pays en développement, par la persistance des maladies transmissibles et celles des pays développés par l'émergence des maladies de civilisation telles que : le cancer, le diabète, l'affection cardio vasculaire... etc.

Ce système possède néanmoins une richesse extrême sur plusieurs plans grâce aux efforts déployés par l'État et tente toujours de répondre aux besoins de la population.

L'objet de ce chapitre est de présenter d'une part le système de santé en général et d'autre part le système de santé algérien, son organisation, son évolution depuis l'indépendance jusqu'à nos jours.

Section 1 : Généralités sur le système de santé

1-Définition, caractéristiques et objectifs d'un système de santé

Le système de santé possède plusieurs définitions.

Il peut être défini comme étant un ensemble cohérent et structuré dont la finalité consiste à la prévention, à la promotion de la santé et à la distribution des soins aux membres de la collectivité.

Selon C. PHELPS, il comprend tout un ensemble de services de santé, de produits, d'institutions, de réglementations et de personnes.

Selon DE BERNIS «Le système de santé est un ensemble d'activités inter reliées, spécifiées par rapport aux autres activités économiques et sociales, au service d'objectifs déterminés à l'intérieur de cet ensemble, acquérant ainsi une mutuelle cohérence et une stabilité dans le temps. »

Le système de soins est constitué de différentes structures mais il existe une petite confusion entre la notion de système de santé et celles du système de soins. Le système de soins est un élément du système de santé mais s'il n'en constitue pas le noyau ; il comprend en fait tous les facteurs qui comprennent directement ou indirectement à la protection et à l'amélioration de la santé de l'individu. C'est pour cela que certains auteurs, ainsi que l'organisation mondiale de la santé n'hésitent pas à lui donner une plus large acception ; « le système de santé peut être défini largement comme le tout cohérent de nombreux éléments

interdépendants, tant sectoriels qu'intersectoriels, ainsi que la collectivité elle-même, qui produisent un effet combiné sur la santé de la population. »

Roemer considère quant à lui le système de santé comme une combinaison de quatre facteurs principaux qui sont les ressources, l'organisation, le financement et la gestion dont la finalité consiste à fournir des prestations sanitaires à la population.

Le système de santé englobe les conditions de l'habitat, les revenus, le niveau d'instruction, la politique démographique, l'hygiène et l'environnement.

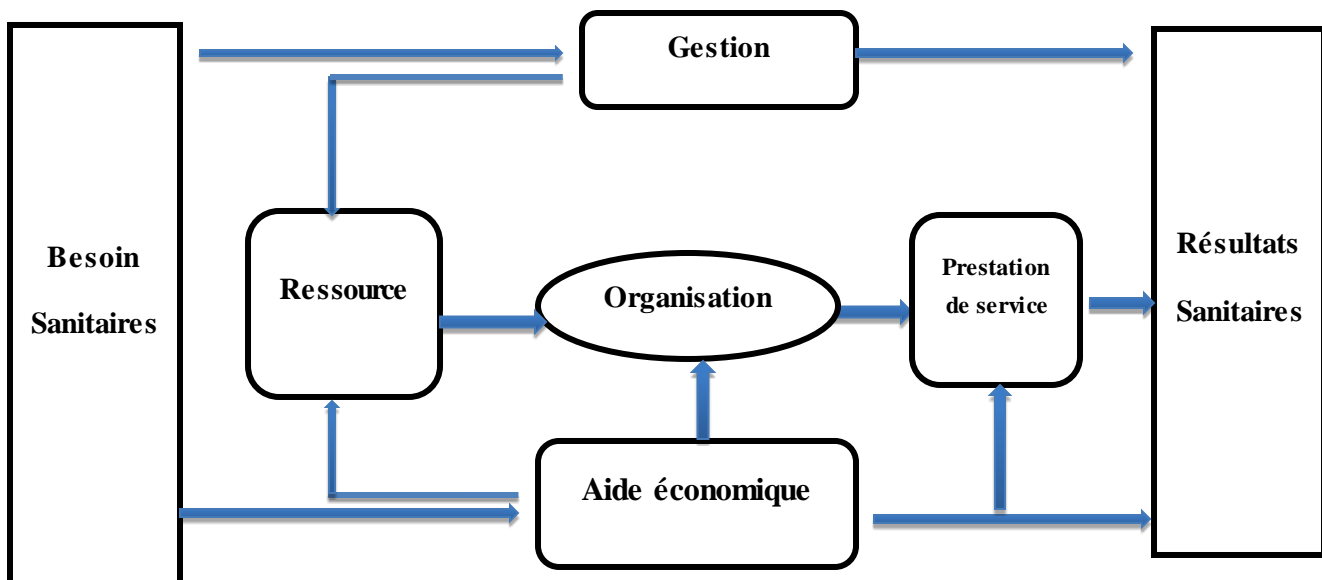
Des auteurs relèvent l'existence de trois niveaux dans la structuration du système de soins ; le niveau macroscopique, le niveau mésoscopique et le niveau microscopique.

Pour le premier niveau il s'agit du cadre institutionnel qui organise, du point de vue législatif notamment, les modalités de fonctionnement du système, le rôle des différents intervenants la répartition des sources de financement, le champ d'intervention du secteur privé.

Le niveau méso et micro est celui de la gestion du système et de son organisation. Il tend à l'optimisation de l'emploi des ressources par l'amélioration de la productivité des facteurs de production des soins et de l'accroissement de l'efficacité du système dans son ensemble.

Le système de santé est hiérarchisé et sa structure révèle l'existence de différentes fonctions qui président à son activité et à son développement.

Figure 1. Éléments d'un système de santé



Source: OMS/ EMRO-EMRC/48. Tech. Disc1. Juillet 2001.

Un système doit :

1-1-Être globale

Assurant des soins complets, continus et personnels sans négliger aucun aspect de la promotion, de la protection, et de la restauration de la santé.

1-2-Promouvoir la santé

Dans le cas de la promotion de la santé il ne s'agit ni de guérir, ni de prévenir mais de mettre en place les éléments indispensables à la réalisation de ce qu'est la santé, des activités apportées de tout un chacun pour entretenir sa santé ou insistant sur la responsabilité de l'individu.

1-3-Protéger la santé

Celle-ci recouvre tout ce qui est du ressort de la prévention permettant d'éviter l'apparition de pathologie (protection maternelle infantile, calendrier vaccinal).

1-4-Restaurer la santé

Celle-ci relève du domaine curatif de la médecine, qui intervient seulement lorsqu'une dégradation de l'état de santé de l'individu est constaté, ressenti, exprimé et reconnu et ce évidemment lorsqu'une demande est explicitement formulée et perçue comme recevable par le système de santé.

1-5-Être accessible

A tous les niveaux sociaux, économiques quel que soit le cadre de vie et les difficultés de communication, accessible à tous les niveaux socio culturels donc adaptés au mode de vie, aux habitudes, aux cultures.

1-6-Efficace

- Sur le plan scientifique : donc ouvert aux progrès des sciences et techniques ;
- Sur le plan économique : avec un rapport cout/avantage, satisfaisant donc planifiable, évaluable, souple et modifiable
- Sur le plan sanitaire : attentif à l'amélioration de l'état sanitaire au changement des priorités

-Sur le plan social : capable de modifier les attitudes vis-à-vis de la santé et des maladies et d'influer positivement sur la qualité de vie.

Les objectifs assignés au système de santé sont l'équité et l'égalité d'accès aux soins à travers le rôle dévolu à l'assurance maladie. Il joue aussi le rôle de redistribution en faveur des patients démunis. Aussi peut-on ajouter l'identification des besoins de santé de la population, à la déduction des priorités la restauration, l'amélioration de l'état de santé de l'individu qui lui permet de travailler, de réagir, de communiquer, d'être reconnu, et de s'épanouir.

On reconnaît au système national de santé une bonne maîtrise des dépenses de santé mais aussi par le rationnement des files d'attente, la contradiction entre plan et budget, la forte centralisation, la gestion bureaucratique dans certains pays favorisant le contournement des files d'attente par les relations informelles.

2-Les types de système de santé dans le monde

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

2-1-Le système Bismarckien

C'est le premier système de santé qui a été mis en place, dès 1871, le chancelier BISMARCK considérait la question sociale comme une menace pour l'état et il souhaitait lier les salariés à l'état. A partir de quelques expériences locales d'assurance sociale pour les accidents de travail et la maladie, Bismarck va lancer en 1881 une politique sociale dans laquelle l'Etat aura le contrôle central. Cette politique sociale se traduira par trois lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé, il s'agit de texte pourtant sur :

- L'assurance maladie en 1883 ;
- L'assurance accident de travail en 1884 ;
- L'assurance invalidité et vieillesse en 1889.³

A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants.

³Faou AL, l'économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaume-Unis, États-Unis, Canada, Coll. Sciences humaines en médecine. Paris (France) ; 2003

Chapitre I : généralités sur les systèmes de santé

Ce système s'appuie sur des caisses d'assurances maladies financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. Il est appelé aussi « professionnel » car son financement est assuré par le travail pour sa part l'état a pour tâche d'assurer le bien-être des citoyens. Il doit redresser la situation en cas de déséquilibre financier.

Le système bismarckien a été le modèle de nombreux pays européens, il a servi de source d'inspiration à l'Autriche, à la Belgique, à la France, au Luxembourg et aux Pays-Bas.

Depuis les années 1970, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universels.

Les grandes caractéristiques du système Bismarckien sont :

- Le lien entre le travail et protection sociale ;
- Le caractère obligatoire de cette protection ;
- Le partage des cotisations entre employeurs et employés ;
- La séparation des assurances.

Ce système se traduit en quatre principes fondamentaux :

-Une protection exclusivement fondée sur le travail, et de ce fait limité à ceux qui ont su s'offrir des droits de protection par leur travail ;

-Une protection obligatoire pour les salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;

-Une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des prestations aux cotisations ;

- Une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes. Ce système est financé par la perception des cotisations sociales et géré par des interlocuteurs sociaux, certains régimes dits « de remboursement » remboursent les prestations, ce système est aussi caractérisé par la liberté souvent accordée au patient de choisir le prestataire.

Ce système est appliqué en Allemagne comme suit :

Il existe une assurance de soins de santé obligatoire pour tout salarié qui gagne moins qu'un certain plafond. Il s'agit du régime légal. Elle couvre aussi les étudiants, les retraités, et beaucoup de non-salariés ainsi que d'autres groupes ayant besoin de protection. Pour les revenus élevés, il existe une assurance optionnelle privée. Le financement s'appuie sur des

cotisations salariales et patronales collectés par un réseau complexe de 450 caisses autonomes dont le financement n'est pas uniforme (Cotisations et prestations différentes).⁴

Il existe une certaine indépendance, mais la planification est centrale ; on distingue deux secteurs à savoir :

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

-Les hôpitaux : sont essentiellement publics, le secteur hospitalier privée est réduit.

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

Avantages :

Le système Bismarckien possède les avantages suivants :

- Satisfaction des usagers ;
- Taux d'équipements en technologies médicales intensives en capital parmi les plus élevés de l'Union Européenne ;

Inconvénients :

Les points faibles concernent :

- Le vieillissement de la population qui menace la stabilité du principe de répartition ;
- Le grand problème de financement de ce système c'est le cas de l'augmentation du chômage ;
- Dysfonctionnement lié à la stricte séparation entre le secteur ambulatoire et hospitalier ;
- Longues files d'attentes

2-2-Le système Beveridgien

Il est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'état.

⁴ Lebrun E, Schwob R : organisation des systèmes de santé de soins filières, op cit, p5.

Chapitre I : généralités sur les systèmes de santé

Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la seconde guerre mondiale sous l'égide de Lord Beveridge en 1948. Ce système est fondé sur le rapport de Beveridge fourni à la demande de Weston Churchill, publié en 1942. Trois étapes principales ont marqué la mise en place et le développement du système de Beveridge :

-Le système national d'allocations familiales (Family Allowance Schème) en 1946, bénéficiant aux couples ayant deux enfants ou plus ;

- Le service national de santé (National Health Service) en 1946, garantissant la gratuité des soins à toute la population ;

- L'assurance nationale (National Insurance) en 1946, offrant les prestations en espèces.

Ce modèle se fonde sur l'universalité de l'accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé. Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U » :

-**Universalité** : tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quel que soit sa Situation professionnelle :

-**Unité** : une administration unique gère chaque type de risque ;

-**Uniformité** des prestations en services : chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, quel que soit ses revenus.

Le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Suède, l'Angleterre, la nouvelle Zélande, le Costa Rica la Scandinavie et l'Europe méditerranéenne sont des pays qui ont adopté les fondements de ce modèle. Il est gratuit, financé par le budget de l'État c'est-à-dire l'impôt, géré par l'État, et contrôlé par le Parlement, il est appelé « national » car la tutelle des services de santé et le fonctionnement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'État. En moyenne les Anglais déboursent de leur poche 5 à 10% des dépenses de santé.

Il a collaboré à l'institution de l'assurance chômage et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu.

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

Avantages :

Les points forts du système Beveridgien sont :

-L'unification des assurances sociales ;

- L'extension des bénéfices à toute la population ;
- L'universalité d'accès aux soins de santé à toute la population ;
- Niveau de prestation de base trop basse pour empêcher l'entrée dans la pauvreté ;

Inconvénients :

- Corporatiste
- inéquitable de l'accès aux soins de santé à toute la population

2-3-Le modèle libéral Américain

Le système de santé américain a pris forme en 1890. Avant la crise de 1929, l'intervention publique en matière de protection sociale était quasi inexistante, surtout dans le secteur de la santé car l'association médicale américaine (Américain Médical Association) constituait un groupe de pression très important pour opposer toute intervention étatique. Dès le début de 20ème siècle, les assurances privées vont trouver dans le secteur de santé une opportunité de marché.⁵

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

- L'absence d'un système national obligatoire ;
- La prédominance des acteurs privés, deux tiers des américains de moins de 65ans sont Couverts par une assurance liée à l'emploi ;
- La prise en charge publique ne concerne que les plus vieux et les plus pauvres (Medicare et Medicaid, d'inspiration Beveridgienne). Aux États-Unis, les Américains n'ont pas de système de protection sociale, des systèmes d'assurances privées couvrent les risques liés à leur santé. Chaque salarié peut disposer d'un compte d'épargne santé individuel défiscalisé sur lequel l'entreprise qui l'emploie verse une somme. Ce compte est géré par une société d'assurance santé privée (MCO : Managed Care Organization).

Il n'existe ni de couverture généralisée de la population, ni financement public par le biais d'un prélèvement obligatoire. En 1999, plus de 65% des américains de moins de 65ans sont couverts par le biais d'une assurance privé liée à l'emploi. En 2000, 2/3 des entreprises de moins de 200 salariés offrent à leurs salariés une assurance maladie. En 2008, la répartition des aides

⁵ Olivier Vittecoq : Les systèmes de santé : quatre modèles, op. cit, p3

sociales est décentralisée et touche la majorité de la population, le nombre des américains bénéficiaient de la sécurité sociale est de 180 millions américains.⁶

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

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

a- Le financement public

Dans le secteur de santé public aux États-Unis, L'État a mis en œuvre plusieurs programmes depuis la création de l'État providence en faveur des personnes en difficulté Medicare, Medicaid, AFDC puis TANT pour les mères en foyer, SSI pour les personnes âgées, les aveugles et les handicapés, aux familles diminuées, les pauvres, les anciens combattants et les enfants dans l'âge inférieur à 18ans.etc.⁷

b- Le financement privé

Le financement privé se fait par les primes des employés qu'ils versent aux compagnies d'assurance maladie privée, et cela se fait à travers deux manières à titre individuel et à titre collectif ;

Avantages

-Le système de santé Américain est très performant technologiquement

Inconvénients

- Une forte inégalité dans l'accès aux soins, il permet seulement aux plus riches d'avoir un meilleur accès aux soins En outre, le niveau global des dépenses de santé est très élevé, soit 15,3% du PIB en 2005⁸, et passent jusqu'à 17.9% en 2011.⁹

La Suisse est le seul pays d'Europe dont le système de santé est similaire au système américain. La couverture de l'état se limite aux groupes les plus démunis de la population, la majorité souscrivant une assurance auprès de compagnies d'assurances privées.

⁶ Gilles Duhamel : le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Avril 2002, p 19

⁷ Idem

⁸ OCDE (2011), Dépenses de santé en proportion du PIB dans *Panorama de la santé* 2011, les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, 2011 p4

⁹idem

2-4-La réforme OBAMA

Le président Barack OBAMA a proposé un projet qui renforce la couverture santé

(Health Care For América Now) qui responsabilise les compagnies d'assurance et qui assure au patient de pouvoir choisir son médecin et ses soins sans intervention du gouvernement. Le projet vise la construction d'un système où les patients pourront prendre des décisions de santé avec leurs médecins, au lieu d'y être empêchés par les compagnies d'assurances.

Le programme officiel du président des États-Unis dans le domaine de la santé, comporte trois mesures phares à savoir :

a-Rendre les assurances santé accessibles et abordables à tous :

Cela s'est traduit par la proposition des mesures suivantes :

- ❖ Exiger des compagnies d'assurance la couverture des risques préexistants ;
- ❖ Créer un nouveau crédit d'impôts « santé petite entreprise » ;
- ❖ Réduire les charges des entreprises, en prenant en charge une partie du coût de l'assurance accident qu'elles payent ;
- ❖ Empêcher les assureurs de faire payer trop cher aux médecins leur contrat de

Responsabilité civile professionnelle et investir dans des actions visant à réduire les erreurs médicales évitables

- ❖ Rendre les contributions des employeurs plus justes ;
- ❖ Créer une bourse nationale d'assurance-santé, offrant une gamme d'options proposées par les assurances privées ;
- ❖ Assurer à tous ceux qui en ont besoin, l'obtention d'un crédit d'impôt pour leurs primes ;
- ❖ Ainsi qu'un nouveau projet public basé sur les avantages offerts aux membres du

Congrès, permettant aux particuliers et aux petites entreprises de souscrire à une assurance santé accessible.

b-Réduire les coûts de la prise en charge de santé :

Abaisser le budget santé d'une famille américaine type de 25000 dollars par an en investissant dans les technologies de l'information pour la santé, la prévention et la coordination de la prise en charge. Quant à cet objectif ce sont les mesures suivantes qui sont préconisées :

- ❖ Faire baisser le prix des médicaments ;
- ❖ Exiger des hôpitaux le recueil de données de qualité et un compte-rendu du coût de santé ;
- ❖ Réduire les coûts de maladies catastrophiques pour les employeurs et leurs employés ;
- ❖ Réformer le marché de l'assurance pour augmenter la concurrence.

c-Favoriser la santé publique

Le système mixte est le dernier type de système existant et s'inspire des deux systèmes cités préalablement (le système bismarckien et le système beveridgien).

Ce système est adopté dans certains pays comme les Pays Bas, la Belgique et l'Algérie dont notre travail fait l'objet de recherche.

Le système mixte est un autre modèle qui se caractérise par :

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

e- La coexistence du SNS avec un important secteur de prestataires privés.

Plus de services de prévention, y compris pour le dépistage du cancer, et mieux se préparer localement et au niveau de l'État aux attaques terroristes ou aux catastrophes naturelles.

Cette réforme, qualifiée d'historique, va apporter une couverture sociale à 32 millions d'Américains qui en étaient dépourvus. La plupart des Américains seront désormais obligés de s'assurer, sous peine de se voir affliger des pénalités. La réforme coûtera 940 milliards de dollars sur les dix prochaines années, mais devrait néanmoins réduire le déficit économique américain de 138 milliards de dollars. ¹⁰

Section 2. Système de santé algérien

1- Historique et présentation

Selon le rapport sur la santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Algérie occupe le 45^e rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 membres du classement. Elle est classée au 81^e rang en matière de performance globale du système de santé.¹¹

¹⁰ Patricia Pittman : Le système de santé et d'assurance maladie américain , op cit, p12

¹¹OMS, stratégie de coopération avec les pays 2002-2005. In: http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr. P10

Le système national de santé est structuré comme suit :

Le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Il a pour mandat de mettre en application le programme d'action du gouvernement. Ce plan d'action adopté en mai 2009 comporte, pour le secteur de la santé ce qui suit :

- Améliorer la couverture sanitaire ;
- Améliorer la qualité des prestations
- Prendre en charge les transitions démographiques et épidémiologiques
- Promouvoir la coordination avec les autres secteurs.

Le ministre a sous son autorité le secrétaire général qui supervise l'action des huit directions centrales du ministère (direction de l'administration et des moyens, direction de la pharmacie, direction de la planification, direction de la prévention, direction de la population, direction de la réglementation, direction des ressources humaines, direction des services de santé) ainsi que l'inspection générale. L'activité du ministère de la santé s'inscrit dans le cadre d'un décret exécutif qui détermine les structures et organes de l'administration et fixe l'attribution de ces entités.

Un nouvel organigramme a été élaboré en 2010 mais n'est pas encore mis en place. Certaines institutions interviennent en tant qu'organisme d'appui au ministre de la santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en :

- organismes de sécurité sanitaire : l'Institut national de santé publique (INSP) qui a à sa charge toute la surveillance épidémiologique sur tout le territoire national, le laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques (LCP) chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993), l'Agence nationale du sang (1995), le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, le Centre national de toxicologie, qui a la responsabilité de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicament et à l'utilisation de dispositifs médicaux (1998) ;
- organismes d'appui logistique : l'Institut Pasteur d'Algérie, la Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) chargé d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994) ;

- organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information : l'école nationale de santé publique, l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'Agence nationale de documentation en santé.

Les personnels et les structures de santé sont, dans toutes les wilayas, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya qui est membre de l'exécutif de la wilaya. Trois sous-ensembles coexistent actuellement dans ce système : le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé. Il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles, dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi 85-05 permet à certains personnels du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et que, d'autre part, des personnels du secteur privé peuvent exercer après conventionnement au sein du secteur public. Les étapes d'évolution du système de santé en Algérie sont les suivantes :

1-1- La première phase (avant 1962) : la période coloniale

Le service médical était assuré par une centaine de médecins isolés, livrés à eux-mêmes, disposaient de moyens réduits, dans des circonscriptions étendues. En 1907, le bactériologue « ALPHONE LAUVERAN » réussit le prix Nobel en Médecine en récompense à ses recherches sur le paludisme à Constantine. ¹²

En 1931, le corps des auxiliaires médicaux indigènes est transformé en celui des adjoints techniques de la santé.

A l'aube de la seconde guerre mondiale, une circonscription type comporte un auxiliaire de 40 à 50 lits installé au chef-lieu, plusieurs salles de consultation réparties dans les villages avec des visites périodiques de l'infirmière ou du médecin. On compte alors environ 150 circonscriptions médicales en Algérie dont 53 pour le département d'Alger, 41 pour le département d'Oran et 57 pour le département de Constantine.¹³

1-2-La deuxième phase (1962-1973) : l'édification progressive d'un système national de santé

L'Algérie hérite de la période coloniale d'un système de santé centré sur les soins curatifs accessibles aux seuls européens. Une population rurale de 11,8 millions caractérisée par une

¹²Ait MédjaneOuahiba : Les réformes du système de santé en Algérie : mémoire de Sciences économiques en vue de l'obtention du diplôme de master université de Béjaia

¹³TouaziAssia op cit, p 22

espérance de vie à la naissance estimée à 49ans¹⁴, 30% comme taux d'accouchements en milieu assisté, une mortalité infantile élevée à 80%, des cas graves de malnutrition protéino-énergétique et un faible réseau d'infrastructures.

En 1962 : 143 établissements et structures publiques de santé sont situées dans les grandes villes du nord du pays. Plusieurs mesures politiques sont prises notamment :

- La réactivation des structures de santé laissés en place et offrant une couverture insuffisante et qui étaient largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé majoritairement d'origine française.
- 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.
- La mobilisation des ressources financières indispensables à la réalisation de programme par l'État du fait des revenus très bas de la population (PIB/habitant n'excédant pas 400 dollars).

Dans cette période le financement se fait de trois manières :

1. L'état et les collectivités locales interviennent pour 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières. Les malades démunis qui constituent la plupart des patients sont pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré à :
 - 85% par ce trésor public.
 - Et à 25% par les caisses de solidarité des départements et des communes.
2. La caisse de sécurité sociale prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droits. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30% du prix de journée.
3. 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.

1-3- La troisième phase (1974-1989) : Le premier mouvement de réforme

La hausse des couts du pétrole (chocs pétroliers de 1973 et 79) permet à l'Algérie d'avoir une situation financière favorable jusqu'à 1986. Ceci suscite donc une amélioration des budgets de l'ensemble des secteurs, l'augmentation relative des effectifs en santé, une légère

¹⁴Rapport Nabni 2020 : Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour 2020, Janvier 2013 p6

amélioration du contexte épidémiologique et la gratuité des soins (ordonnance de 1973). Plusieurs mesures politiques sont prises à travers 3 plans de développement. En effet, la santé va y inscrire ses premiers programmes de réalisation d'infrastructures de soins et de formation pour réduire les disparités de couverture en infrastructures et en ressources humaines au niveau national. La mesure d'ajustement la plus importante est l'accès aux soins pour tous. Cependant elle entrainera une surconsommation du produit de santé, une sur-dispensation des soins et un abandon des outils de gestion d'évaluation et de contrôle.

La carte sanitaire nationale de 1980 concrétisant et renforçant le principe d'un système de santé planifié, la hiérarchisation des soins adoptés en 1981 avec quatre niveaux de soins : hautement spécialisés, spécialisés, généraux et de premier recours ; l'accélération de la réalisation des projets d'unités pharmaceutiques industrielles du plan quinquennal et la formation des pharmaciens industriels sont entre autres les autres mesures majeures prises par l'État.

A partir de Janvier 1974, face à la demande d'une population en grande partie démunie, l'État institue la gratuité des soins dans les structures publiques de santé.

Durant la décennie 1980, des ajustements de l'organisation sanitaire ont été faits par les autorités publiques en raison de la baisse de la rente pétrolière, de l'endettement de l'Algérie et d'une augmentation des dépenses de santé.

- Institution de la médecine gratuite/accès égale ;
- Blocage institutionnel du secteur privé, monopole de l'État 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, CHU, EHS).
- Dans le cadre des infrastructures, le taux de réalisation des hôpitaux a été la plus élevé (57% des investissements). En ce qui concerne le budget des secteurs sanitaires consacré aux polycliniques et centres de santé est dérisoire car la politique de prévention était marginalisée pendant cette période.

1-4- La quatrième phase (1990-1999) : Deux réformes sur une crise multiforme

Cette période se caractérise par plusieurs transitions importantes ayant un impact sur le système de santé :¹⁵

Une transition épidémiologique

Les maladies infectieuses et parasitaires sont les premières causes de morbidité et de mortalité de la population algérienne au lendemain de l'indépendance. Durant les deux premières décennies de l'exercice de la souveraineté nationale, les pouvoirs publics ont mis l'accent sur la lutte contre ces maladies. Des résultats encourageants sont ainsi obtenus grâce notamment à l'application de certaines mesures de santé publique qui couvrent la population entière visant à réduire l'incidence de ces maladies. Cependant dès 1985, l'Algérie s'est trouvée aussitôt exposée aux bouleversements épidémiologiques survenus dans le monde. L'émergence de l'infection du Sida a ainsi touchée notre pays en raison des mobilités massives et rapides des populations algériennes.

La situation épidémiologique de la population algérienne qui se caractérise par une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies transmissibles prévalences au lendemain de l'indépendance (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses) se trouve confrontée de nouveau à ces mêmes maladies. Le recul de l'hygiène publique, la non maîtrise de la gestion des déchets urbains, la précarité de l'habitat et de l'état nutritionnel des couches de la population les plus démunies font que les maladies à transmission hydrique et zoonoses persistent voire même connaissent une recrudescence importante.

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 maladies infectieuses, de même que les maladies à transmission hydrique ainsi que les zoonoses. Ces maladies qui semblaient jusqu'alors être des maladies contrôlées et pour certains complètement éradiqués réapparaissent de nouveau.

La transition épidémiologique de l'Algérie est donc marquée par la persistance des maladies transmissibles « dites maladies de la pauvreté » qui caractérisent les pays en voie de développement. A cette situation s'ajoute l'émergence de maladies non transmissibles, « dites maladies de l'opulence » à l'exemple des cancers, du diabète, des affections cardiovasculaires,

¹⁵Rapport NABNI 2020, opcit p8 et 9

des affections rénales, des affections neurologiques et respiratoires chroniques. 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. Les indicateurs épidémiologiques donnés par l'organisation mondiale de la santé font ressortir une part importante des décès occasionnés par ces maladies non transmissibles (chroniques). Selon l'OMS, l'ampleur de ces maladies se situe en

Algérie au niveau de 60% en 2005 ce qui place l'Algérie au même niveau que la moyenne mondiale tandis qu'en Europe, l'ampleur de ces types d'affections est de l'ordre de 86% de l'ensemble des maladies déclarées. Les tendances évolutives de ces maladies attendues en Algérie sont plus qu'inquiétantes puisque ces projections donneraient une part de décès par maladies chroniques de l'ordre de 76% de l'ensemble des maladies déclarées à l'horizon 2025. Il est à signaler que ces maladies, « dites des riches » en raison de leur prédominance dans les pays développés, nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse. Par conséquent, il y a lieu de se poser la question de savoir si le système de santé mis en place en Algérie est en mesure de répondre efficacement à cette nouvelle demande de soins qui va en s'accroissant ou ce système va-t-il dépendre des systèmes étrangers par l'envoi de malades pour soins à l'étranger ?

Par conséquent, l'Algérie connaît du coup des maladies « dites de l'opulence » qui caractérisent les pays développés et connaît en même temps les maladies « dites des pauvres » liées au sous-développement. Une préoccupation supplémentaire est constituée par les problèmes de santé mentale dont l'importance n'est pas à négliger surtout en prenant en ligne de compte le moyen ou le long terme¹⁶

1-1-Les maladies transmissibles

On distingue 5 catégories de maladies :

- Les maladies à transmission hydrique (MTH),
- Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV),
- Les maladies à transmission vectorielle,
- Les zoonoses,
- Les maladies à transmission hydrique

¹⁶ Fellah L, étude exploratrice du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en Sciences économiques, université d'Alger, 1998. P38

1-1-1-Les maladies à transmission hydrique (MTH) :

Jusqu'à 1990, les maladies à transmission hydrique occupaient la première place parmi les maladies à déclaration obligatoire en Algérie, elles étaient à l'origine de 25% des causes des enfants âgés de 1 à 14 ans¹⁷.

Aujourd'hui, les MTH semblent être maîtrisées, grâce à l'amélioration des conditions d'habitation, aux nombreux programmes nationaux de construction de logement ayant réduit le taux d'occupation par logement passant de 7,1 personnes par logement en 1998 à 4,8 personnes par logements en 2012. De plus, 85% de la population boit de l'eau potable et 95% de la population a accès à des installations d'assainissement améliorées.

1-1-2-Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV)

La vaccination de certaines maladies comme la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la méningite ; est rendue obligatoire et gratuite depuis 1968 avec le décret 69-88 du 19/06/1969. Le vaccin contre la rougeole a été intégré au programme de vaccination national obligatoire en 1985, ce qui explique justement la baisse consécutive de l'épidémie de rougeole en 1985 par rapport à 1984.

1-1-3-Les maladies à transmission vectorielle

Les maladies ayant fait l'objet d'un programme national est le paludisme. L'incidence du paludisme est très faibles, quelques cas ont été recensés et sont à 90% importés des pays africains frontaliers. Aujourd'hui la maîtrise et l'éradication du paludisme dépend du degré de vigilance et de surveillance des zones à risque, notamment les régions frontalières ou le risque d'importation d'épidémie est très élevé. Ce phénomène se renforce encore avec l'exode des populations des pays frontaliers à cause de l'insécurité politique qui règne.

1-1-4-Les zoonoses

Les zoonoses en Algérie enregistrent encore des taux alarmants. D'autant plus qu'il s'agit de maladies qui laissent des séquelles graves sur l'homme. Les principales persistantes encore sont :

- La rage,
- La brucellose,

¹⁷ Idem

- La leishmaniose.

1-1-5-Les maladies sexuellement transmissibles

La seule maladie sexuellement transmissible faisant l'objet de déclaration obligatoire en Algérie est le sida, ce qui justifie l'absence de données statistiques pour les autres types d'infections sexuellement transmissibles. La déclaration et le dépistage du sida est rendue obligatoire avec l'arrêté ministériel du 24 mai 1998.

Les maladies transmissibles sont très nombreuses et coûteuses, l'Algérie grâce aux nombreux programmes de lutte, de vaccination et d'éradication a réussi à maîtriser plusieurs d'entre elles ; cependant plusieurs autres persistent encore ce qui interpelle les différents acteurs de la santé publique à revoir les insuffisances constatées des programmes nationaux et de renforcer les efforts plurisectoriels. Mais surtout, la persistance de ces maladies rend très complexe la prise en charge médicale des malades, notamment avec l'émergence des maladies chroniques.

1-2-Les maladies non transmissibles

D'après les études menées depuis 1990 par l'Institut National de santé publique (INSP) 60% de la population serait touchée par les maladies chroniques, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les cancers sont les plus fréquents et entraînaient des dépenses de santé de plus en plus élevées. Les maladies de l'appareil circulatoire tendent à se situer en première ligne du profil de morbidité des Algériens.

Selon une enquête de l'INSP en 2007, l'hypertension artérielle vient largement en tête des pathologies chroniques les plus fréquentes avec un taux de 24,58%. Suivi du diabète (12,33%), puis l'asthme (9%) et les rhumatismes (8,15%). Les autres pathologies cardiovasculaires, les maladies mentales et les handicaps sensoriels sont retrouvés dans des proportions non négligeables. Viennent ensuite les autres pathologies du système nerveux, les troubles du métabolisme et les rhinites allergiques.

2-Une transition socio-économique

A l'ère coloniale et au début de son indépendance, l'Algérie était plutôt considérée comme étant un pays du tiers monde même si plusieurs appellations lui furent données à savoir pays non aligné, pays en voie de développement etc.... L'Algérie est passée d'une politique de développement axée sur plusieurs plans de développement (plan triennal, plans

quadriennaux, plans quinquennaux) à une politique d'ajustement structurel, qui était élaborée et exécutée en accord avec le fonds monétaire international (FMI) et la banque mondiale. La caractéristique première de l'économie algérienne était l'économie de rente. Les ressources énergétiques et gazières que possède le pays sont considérées, à tort ou à raison, comme les garants du développement du pays. L'Algérie pour son développement a fourni d'immenses efforts. De plus, l'Algérie a développé une infrastructure sociale des plus remarquables. Des ressources très importantes sont allouées à la santé et à l'éducation. En effet, la rente pétrolière permettait à l'Algérie de mener une politique sociale des plus ambitieuses, et même de se permettre tous les abus en matière économique (pléthore d'effectifs dans les entreprises, distribution de primes de rendement individuelles et collectives sur des produits en majorité subventionnés etc....) d'une part et d'autre part de donner à chacun un travail, l'accès aux soins et à l'éducation, de compenser les déséquilibres internes et externes. Une chute des couts du pétrole sur le marché mondial a suffi pour remettre en cause tout cet échafaudage ce qui pourrait pousser à penser que toutes les politiques économiques sont fondées sur les ressources énergétiques et gazières dont les prix sont fixés indépendamment de leurs volontés ?¹⁸ La transition économique et sociale que traverse le pays a indéniablement influé 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 contres 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 réformes économiques se traduisant par une baisse dans l'allocation de ressources pour le secteur de la santé. En effet, la part des dépenses de santé qui était de l'ordre de 5.1% en 1987 chute à 3.8 % en 1989 et 1991 pour passer à 4.7 % en 1993 et 1995. Néanmoins, l'effet majeur de cette transition économique et sociale reste l'ouverture du secteur de la santé aux acteurs privés. En effet, le législateur algérien a autorisé depuis 1988, l'ouverture des activités de santé aux cliniques privées. Il a, également, autorisé l'ouverture des activités de diagnostic et d'exploration amorçant ainsi un processus de création de laboratoires d'analyses, de centres d'imagerie médicale et d'endoscopie pour les personnes privées. Par ailleurs, les activités de production et d'importation de produits pharmaceutiques ont été ouvertes au secteur privé depuis 1992.

¹⁸Salmi Madjid, système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité de soins, 22 oct, 0216

3-La transition démographique

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

- Sur le plan interne, la compression des dépenses de soins.
- Sur le plan externe, la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger d'autre part.

Les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivi. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque mondiale qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins a laissé place :

- Une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100DA par jour, non remboursables.
- Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en delà des honoraires réellement perçus par les médecins.

Malgré la crise et la récession, le secteur public continue à bénéficier de ressources croissantes : elles ont été multipliées, en valeur nominale, par 5,5 entre 1985 et 1995 et augmentées de 83,92% entre 1995 et 1998. Son financement devient de plus en plus budgétaire (24% en 1986, 30% en 1988 et 60% en moyenne entre 1992 et 1995). Alors que la gratuité avait été financée essentiellement par la sécurité sociale.¹⁹

Ce tableau représente l'évolution des indicateurs de santé de la population algérienne entre les années 2006 à 2011, dans lequel on remarque une diminution du taux de natalité pour des raisons déjà cités et une augmentation légère de la mortalité à cause de la progression forte de la tranche âgée de 60ans et plus. (Cf. Tableau n°1).

¹⁹Achiou Meriem, AmiroucheSouhil, essai d'analyse des dépenses de santé en Algérie

Tableau n° 1: Évolution des indicateurs de santé

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux de natalité (naissance/1000 habitants)	17,14	17,14	17,03	16,9	16,71	16,69
Taux de mortalité (décès/1000 habitants)	4,61	4,62	4,62	4,64	4,66	4,69
Taux de mortalité infantile (décès/1000 naissances normales)	29,87	28,78	28,75	27,73	26,75	25,81
Taux de mortalité maternelle (décès/ 100000 naissances vivantes)	/	/	120	/	/	/

Source : Banque Mondiale. In : www.worldbank.org

1-5- La cinquième phase (2000 à nos jours) : une volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure

Cette période s'est caractérisée par une petite amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière malgré les différentes crises mondiales. Certains indicateurs de santé connaissent une amélioration significative à savoir :²⁰

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

La situation actuelle se caractérise par :

- De grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;
- Une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins ;
- Sur le plan épidémiologique :
 - ✓ Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de maladies infectieuses,

²⁰MSP : Statistiques sanitaires, cité par la banque mondiale, 2010

✓ Une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques ;

➤ Le passage à l'économie de marché qui se traduit par des bouleversements socioéconomiques.

2-Organisation du système de santé

Le système national de santé est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

L'organisation du système de santé en Algérie se caractérise principalement par deux fonctions essentielles : une fonction de l'offre de soins et de médicament et une fonction de financement visant à allouer les ressources nécessaires à cette offre. L'offre de soins correspond à l'ensemble des infrastructures, ressources humaines et matérielles qui contribuent à la production des services de santé au profit de la population.²¹

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publics (les établissements hospitaliers et extrahospitaliers), des structures de soins privées (les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques...etc.) et des structures parapublics qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature préventive ou curative. Une offre en médicament dans le but de couvrir les besoins des citoyens algériens. Le financement de l'offre est assuré par trois bailleurs de fonds : le budget de l'État, la sécurité sociale et les ménages. Leur participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays.

2-1-Ressources et offres de soin

L'État algérien fournit plusieurs efforts dans le domaine de la santé à travers l'investissement dans l'achat d'équipements de hautes technologies et la formation des professionnels de santé.

²¹Ait MedjaneOuahiba, les réformes du système de santé en Algérie : état des lieux et analyses, mémoire de master en Sciences économiques, université de Béjaia

2-2-Les ressources humaines

Au sein des structures de soins, les personnels peuvent être regroupés en trois catégories : les praticiens (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes), personnel paramédical (infirmiers...) et enfin personnel administratif des établissements de soins.

a- Les praticiens médicaux

Les praticiens médicaux sont en augmentation remarquable au fil des années, à cause de l'importance accordée par l'état à cette tranche dans ces politiques de développements le nombre est passé de 40332 personne à 64230 durant la période allant de 1996 jusqu'à 2012. Leur rôle est d'assurer les activités de soin, de formation et de recherche (Cf. Tableau n°2)

Tableau n°2 : évolution du nombre de praticiens médicaux du secteur public et privé entre les années 1996 et 2012.

Praticiens Année	Médecins	Chir.Dentistes	Pharmaciens	Total personnel médical
1996	28344	7966	4022	40332
2000	32219	7993	4789	47820
2002	35482	8376	5172	49030
2004	37720	8842	6082	52644
2006	39938	6884	7267	56889
2012	46293	9597	8340	64230

Source : 2000,2002,2004 Office Nationale des Statistiques (ONS).Pour 1997,2006 Base de données (MSPRH).Pour 2012 MSPRH, projection du développement du secteur de la santé, perspective décennale, juillet 2003.

b- Le personnel paramédical

L'effectif de paramédicaux n'a pas augmenté ces dernières années, mais la structure de ce corps par grade s'est considérablement modifiée. En 1996, les corps des diplômés d'Etat, des brevetés étaient grossièrement égaux en nombre, contrairement aux aides paramédicaux, depuis cette date et sn de 2012 le personnel paramédical est appelé à être renforcé de près de 18223 postes, soit au total près de 103519 paramédicaux. Ainsi, si l'on projetait la tendance passée, seuls les diplômés d'Etat connaîtront une augmentation de près de 40127 personnes²² :

²²Ait MedjaneOuahiba,Les réformes du système de santé en Algérie : état des lieux et analyse, master Sciences économiques, université de Béjaia 2013

les brevetés et les aides médicaux sont et seront en diminution continue. En effet la politique de formation paramédicale favorise davantage des diplômés d'état au détriment des autres corps. Et outre, l'effectif des agents paramédicaux en formation est déterminé par les structures de santé en fonction de leur besoins²³. (Cf. Tableau n°3)

Tableau n°3 : évolution du personnel paramédical

Paramédicaux Année	Diplômés d'État	Brevetés	Aides paramédicaux	Total du pers-para
1996	39148	30264	15884	85296
2000	47742	28027	11243	87012
2002	51 768	25752	10051	87 571
2004	55 127	24050	9322	88 499
2006	57510	22640	9818	89968
2012	79275	20067	4177	103219

Source : POUR 2006 Office national des statistiques (ONS),
base de données de MSPRH.POUR 1996 données du MSPRH :
Statistiques sanitaires, éd. 1993. POUR 2012 : MSPRH,

Projection du développement du secteur de la santé, perspective décennale, juillet 2003.

C- Le personnel administratif, technique et de service

La situation passée traduit une quasi-dominance des personnels de service jusqu'à 1996, mais à partir de cette date le nombre de ce derniers est en diminution continue passant de 46102 à 35205 personnes, avec un renforcement en personnels administratifs et techniques qui marquent une forte augmentation (légère pour le personnels administratifs qui est de 9874 et forte pour le personnel technique qui est de 18948) au détriment de ceux de service. Cette situation s'explique par les problèmes d'entretien et de maintenance que connaissent les établissements de santé. (Cf. Tableau n°4).

²³ OULED ABEDSELAM Sabrina, contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de formation continue en milieu hospitalier en Algérie, mémoire de magistère en science économique, université de Béjaïa, 2008,

Tableau n°4 : Évolution du personnel administratif

	Administratif	Technique	Service	Total du per-admin
1996	11671	734	46109	58514
2000	13991	1855	43406	59252
2002	13433	2303	42474	58210
2004	14515	2967	42572	40917
2006	14222	3173	40917	58312
2012	21545	19682	35205	76432

Source : Office national des statistiques (ONS), base de données de MSPRH pour 2006.

Pour l'année 2000 : MSPRH, In : IPEDEM Avril 2012.

Pour l'année 2012 : MSPRH Projection du développement du secteur de la santé, perspective décennale, juillet 2003.

2-3- L'infrastructure

L'offre de soins en Algérie est caractérisée par un secteur public dominant et symboliquement payant, celle-ci est subdivisée en deux catégories d'infrastructures : infrastructures extrahospitalières (polyclinique, centre de santé et salles de soins et de consultation leurs missions est la prévention sanitaire et la promotion de la santé) et infrastructures hospitalières (CHU, EHS, hôpitaux et maternités appartenant secteur sanitaire (SS), avec un secteur privé payant, en expansion rapide depuis les années 90.

a- Le secteur public

L'organisation et le fonctionnement des structures sanitaires ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de santé de proximité (EPSP). Toutes les structures extrahospitalières des ex structures sanitaires (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux (2) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts. D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009.

✓ Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) : (Décret 97-465 du 2 décembre 97) sont au nombre de 31 en 2005, 50 peut être en 2008, qui sont implantés en majorité dans le nord du pays. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités (cancérologie, Cardiologie,

chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, Traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses).

✓ Les centres hospitalo-universitaires (CHU) : (Décret 97 – 467 du 2 décembre 97). Suite à la promulgation du décret du 11 février 1986, 13 hôpitaux régionaux sont transformés en centre hospitalo-universitaires (C.H.U.). Ces 13 CHU sont, depuis leur création, implantés dans 10 wilayas du pays. Ils sont sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS). Ces C.H.U ont une triple mission : l'enseignement des sciences médicales, la recherche scientifique dans le domaine de la médecine et les soins hautement spécialisés. Ils ont une gestion autonome par rapport au secteur sanitaire, ainsi que leur budget. (Cf. Tableau n°4).

Tableau n°5: Caractéristiques du secteur public

Infrastructure	Nombre	Capacité d'hospitalisation
CHU	13	12000
EHS	31	10000
EPH	189	38000
EPSP	273	Total 6000 lits
Polycliniques	1400	
Centre de santé	400	
Centre de soins	5000	
UDSS	1150	
TOTAL	8456	

Source : Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010. P 19, 20.

Le secteur public a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais qui ne sont pas malheureusement bénéfiques pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.

b- Le secteur privé

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivantes²⁴ :

- ✓ Service Nationale préalable à l'autorisation d'installation.
- ✓ Obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques.
- ✓ Et enfin, dans le souci d'équilibre régional. A partir de 1986 tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988. Suite aux conditions de fonctionnement du secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements et une forte bureaucratisation. Des cabinets médicaux privés sont multipliés très rapidement d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes.

Le secteur privé ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. En 2011 ce secteur compte des milliers de cabinets médicaux (de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de chirurgiens-dentistes, de rééducation fonctionnelle) et d'offices pharmaceutiques et un peu plus de 221 cliniques, totalisant 340017 lits d'hospitalisation, répartis sur 32 wilayas. Il emploie environ 25.000 praticiens.²⁵

2-4-Offre en médicaments et équipement médicaux

Le marché algérien des médicaments est estimé en 2010 à 1492 Millions d'Euro. Il a enregistré une croissance de l'ordre de 197 Millions d'Euro par rapport à 2009 soit une augmentation de 15,2%. Il est, aujourd'hui, marqué par l'importation de plus en plus accrue du médicament, d'une part, et par un développement timide de la production locale²⁶, d'autre part.

a- La production nationale de médicaments

Malgré l'existence des textes qui favorise la fabrication des médicaments en Algérie, la production nationale reste toujours modeste, bien que la plupart des produits pharmaceutiques soient importés. Les importations représentent le principal moyen de couverture de la

²⁴KAÏD Tilane. N, « Le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa », thèse de doctorat en sciences économiques, université d'Alger, 2003, P70.

²⁵Mourad BAGHRICHE. Op. Cit. P23

²⁶EconomieSociété. In : http://www.cread-dz.org/cinquante-ans/Communication_2012/SNOUSSI_ZOUATNI.pdf. P6.

consommation de médicament. En 2011 en Algérie nous comptons 56 unités de production de médicaments. Elles couvrent 35% des besoins nationaux en valeur et 53% en volume²⁷. Le groupe SAIDAL représente une part prépondérante de médicament fabriqué localement en Algérie, après l'interdiction en 2009 d'importer des médicaments fabriqués localement, la production nationale à enregistrer le taux record de couverture des besoins en médicament, en atteignant 36%. Ces chiffres attestent des efforts consentis et des mesures d'encouragement adoptées afin de promouvoir l'industrie pharmaceutique nationale. Par ailleurs, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir le médicament générique et la fabrication locale ont eu pour effet de favoriser la consommation du générique chez les citoyens.

b- Les médicaments génériques

Depuis 2004, la part du marché algérien des génériques n'a cessé d'augmenter au détriment de celle des princeps, passant ainsi de 21% en 2004 à environ 30% en 2010. Cette évolution de la consommation des génériques est le résultat des mesures encourageantes en faveur des génériques, telles que les incitations financières accordées aux médecins et pharmaciens qui prescrivent ou délivrent des médicaments génériques, la sensibilisation des patients et notamment l'instauration du dispositif de tarif de référence, (MSPRH, 2011). Les médicaments génériques, sont, en fait des copie de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public, comme l'indique le Décret n°92/284 du 16/07/1992, «on désigne par produit pharmaceutique générique tout spécialité dont la composition est essentiellement similaire à un produit pharmaceutique original, lorsqu'il a la même composition quantitatif et qualitative en principe actif 23» La promotion du générique passe par l'application par la sécurité sociale du «prix référent», en augmentant le taux de remboursement de celui-ci, par rapport aux autres.

Enfin une campagne d'information active doit être menée pour contrer l'Intox menée auprès des patients dévalorisant le générique.

c- Équipements médicaux

Les équipements relèvent actuellement de la direction de la pharmacie. La grande partie des équipements médicaux n'a pas connu de renouvellement depuis 1982. Le taux de panne est très élevée, à cause de l'obsolescence, le manque de pièces de rechange, de la sur- utilisation et de l'absence d'une politique de maintenance. Cette structure centrale délivre les agréments de

²⁷ Ait MedjaneOuahiba, Les réformes du système de santé en Algérie : état des lieux et analyse, master Sciences économiques, université de Béjaia 2013

création d'entreprises d'importation et de maintenance du matériel médical, ainsi que les autorisations d'importation des équipements médicaux. Estimation d'acquisition Durant la période allant de 2005 jusqu'à 2012 de :

- ✓ 18 Machines de traitement du cancer
- ✓ 12 Simulateurs
- ✓ 12 Gamma caméra
- ✓ 03 PET-scan
- ✓ 07 Résonances magnétiques
- ✓ 32 Scanners
- ✓ 13 Angéographes

Il faut noter que malgré tous les points positifs que possède le système de santé Algérien il est cependant confronté à plusieurs dysfonctionnements et ce sur plusieurs plans : On observe des dysfonctionnements sur le plan d'organisation

- Inégalité de la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions et à l'intérieur des régions ;
- Les personnels de santé du secteur public, toutes catégories confondues (médecins, paramédicaux techniques et administratifs), sont démobilisés en raison de la détérioration de leurs conditions de travail et d'une gestion centralisée et figée de leur mode d'exercice et de leurs carrières ;
- L'accueil dans les structures hospitalières : outre les aspects concernant l'hébergement pour lequel les ménages sont contraints de participer, il est difficile pour le patient de savoir à qui s'adresser. L'absence de relation malade/médecin est relativement fréquente ;
- L'activité des établissements est considérablement réduite à partir de 12 h00, depuis la mise en application des textes concernant le « temps complémentaire ». La faiblesse du système d'information ne permet pas de documenter cette situation ;

Sur le plan des équipements, il est certain que le secteur a pris, durant ces quinze dernières années, et en raison de la crise économique qu'a connue le pays, un retard considérable en termes de plateaux techniques et d'équipements individuels nécessaires à la distribution de soins de qualité ;

A cela s'ajoute des dysfonctionnements sur le plan d'information et de formation

- ✓ Un personnel peu formé à la codification et la classification des actes médicaux ;
- ✓ L'absence d'un système d'information opérationnel ce qui rend la prise de décision se fait d'une manière ambiguë ;
- ✓ La formation académique n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées par la pratique de la profession ou par les exigences de polyvalence du terrain ;
- ✓ La grande majorité des patients ne disposent pas des informations nécessaires sur leur état de santé pour décider ou choisir en toute connaissance de cause entre les différents prestataires de soins. Ils sont donc obligés de déléguer à divers degrés, les décisions de traitement aux professionnels de la santé qui sont précisément ceux qui fournissent les services, ce qui crée un risque de conflit d'intérêts.

Conclusion

Ce premier chapitre nous a révélé que le système de santé permet d'identifier les besoins de santé de la population, déduire les priorités et mettre en œuvre des actions de santé capables de répondre aux besoins de santé des populations. Le système de santé algérien a traversé de nombreuses étapes depuis l'indépendance jusqu' à aujourd'hui avec différentes transitions : démographique, socio-économique, épidémiologique.

L'Algérie a voulu mettre fin à un système qui ne répondait pas aux besoins de toute une population, en supprimant la médecine libérale et en instaurant un système médical qui se voulait socialiste gratuit et entièrement contrôlé par l'État.

Chapitre II :
Le financement du
systeme de santé en
algérien

Introduction

Le financement du système de santé en Algérie revêt une particularité spéciale du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'État, la sécurité sociale et celles des ménages.

Le financement des systèmes de santé constitue de nos jours la problématique majeure des pouvoirs publics notamment en Algérie où le système de santé est fondé principalement sur la solidarité des algériens dans le financement à travers leurs cotisations à la sécurité sociale.

Ce chapitre est consacré à déterminer les différents types de dépenses de santé en Algérie, analyser l'évolution de dépense de santé et enfin, les différentes sources de financement.

Section 1 : Les dépenses de santé

Par définition, la dépense nationale de santé regroupe l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement qui permettent la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé de la population et qui sont en grande partie à la charge du secteur public, du secteur privé national, des organismes de sécurité sociale et des usagers ou ménages.²⁸

1- Dépenses publiques de santé

D'une manière générale les dépenses publiques de santé représentent l'ensemble des dépenses consacrées à la santé telles que les dépenses de santé financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale, et les dépenses financées par des ressources extérieures. Elles incluent la rémunération des personnels des hôpitaux et des unités extra hospitalières, les dépenses d'administration du système de santé, les investissements en faveur des établissements médicaux, le financement de la plupart des systèmes extrabudgétaires, les subventions destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et à combler leurs déficits budgétaires. Les dépenses publiques de santé en Algérie comprennent les dépenses du Ministère de la santé, des assurances sociales et des autres départements ministériels.

²⁸MSPRH, comptes nationaux de la santé pour l'Algérie, Alger, 2003, p.59

1-1-Les dépenses du ministère de la santé

L'impôt et la sécurité sociale sont les deux principales sources de financement qui alimentent le budget du fonctionnement du Ministère de la santé. Les dépenses de santé financées par l'impôt représentent toutes les dépenses publiques de fonctionnement et d'équipement engagées à l'échelon centrale, régional ou local, destinées aux interventions de santé à exclusion des transferts entre administrations y compris les subventions aux producteurs de biens et de services médicaux, les investissements en faveur des établissements publics de santé, les paiements de transfert aux ménages en compensation des dépenses de soins médicaux et des fonds extra budgétaires.

Leurs sources provenant de l'État sont, conformément aux lois en vigueur destinés à la prise en charge des dépenses de prévention, aux soins dispensés aux démunis non assurés sociaux, à la formation et la recherche médicale.

Les investissements lourds (construction d'hôpitaux et acquisition d'équipements) sont également à la charge de l'État selon les procédures en vigueur relatives à l'inscription, au financement et au suivi des dépenses d'équipement public.

Concernant les dépenses de santé à la charge de la sécurité sociale, celles-ci sont financées par les cotisations versées par les salariés et leurs organismes employeurs au titre des régimes obligatoires, de prise en charge des soins et des biens médicaux de la population.

Cette participation de la sécurité sociale est aussi appelée forfaits hôpitaux et est destiné à la prise en charge des soins dispensés aux assurés sociaux et leurs ayants droits, dans les structures publiques de soins, d'autres dépenses telles que les transferts pour soins à l'étranger et les dotations financières de services hospitaliers de haut niveau pour la prise en charge des pathologies lourdes et ce, des objectifs de réduire les transferts pour soins à l'étranger.

1-2-Les dépenses de fonctionnement

Le budget de fonctionnement du MSPRH comprend dix (10) postes : le personnel, la formation, l'alimentation, les médicaments et autres produits à usage médical, l'entretien des infrastructures sanitaires, les autres dépenses de fonctionnement, les matériels et les outillages médicaux, la prévention, les œuvres sociales et les dépenses de recherche médicale créées depuis 1990²⁹. Le tableau suivant retrace l'évolution des dépenses de fonctionnement de 2001 à

²⁹Dr Boulahrik Mohand financement du système de santé algérien

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

2015 et comparativement aux embellies financières des années 70 dont les hôpitaux algériens ont été dotés d'équipements sophistiqués, l'embellie financière qu'a connu l'Algérie de 2002 à 2005 qui ont été générées par les recettes provenant de l'exportation des hydrocarbures a permis l'augmentation de manière conséquente le budget de la santé.

Tableau n°6 : Évolution du budget de fonctionnement Unité : 10⁶ DA

Année	Montant annuel du budget
2000	3390.07
2001	45747615.615 y compris l'initial
2002	49117.107
2003	55430.565
2004	63770.452
2005	63460.953
2006	70315.276
2007	93552.966
2008	129201.251
2009	178322.829
2010	227859.541
2011	227859.541
2012	404945348
2013	306925.642
2014	365946.753
2015	396217.178

Source ; MSPRH, Alger 2016.

1-3-Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale

Ces dépenses concernent la contribution des organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) au financement des établissements publics de santé (forfaits hôpitaux) destinée à la prise en charge des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits qui est passée de 9700000000 DA en 1991 à 35000000000 DA en 2005, à 57818524000 DA en 2014 et à 65219092000 DA en 2015. La CNAS intervient aussi par la prise en charge des soins de haut niveau dans le cadre des conventions signées avec les établissements publics de santé liées à la

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

CNAS par un contrat spécifique qui prévoit les activités et programmes à réaliser ainsi que les modalités de financement.

1-4-Les dépenses d'investissement

Le budget d'équipement de la santé comporte deux catégories de dépenses :

-les dépenses relatives aux opérations d'équipement public centralisées appelées programmes sectoriels centralisés (PSC) sont destinées à l'acquisition d'équipements médicaux (imagerie médicale, fauteuils dentaires...) et le lancement de la réalisation de nouveaux CHU ;

-et les dépenses qui sont effectuées aux niveaux déconcentrés constituées par les programmes sectoriels déconcentrés.

Depuis 2001, des ressources financières ont été mobilisées pour réhabiliter les infrastructures hospitalières existantes, réaliser de nouvelles infrastructures sanitaires à travers tout le territoire national.

2-Autres dépenses de santé

2-1-Dépenses de santé des caisses de sécurité sociale

Deux caisses de sécurité sociale sont concernées par les dépenses de santé à savoir la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS). Leurs recettes proviennent des cotisations obligatoires (patronales et salariés), selon des taux différenciés, fixés par la réglementation en vigueur.

Elles couvrent des risques de santé telle que la maladie, l'invalidité, les accidents de travail et les maladies professionnelles. La CNAS assure des prestations en nature et en espèces, la CASNOS n'assure que des prestations en nature.

Les prestations en nature concernent le remboursement des frais médicaux et des médicaments au taux de 80%, les 20% restants représentent le ticket modérateur. Toutefois, le taux de 100% est appliqué lorsqu'il s'agit du traitement de certaines maladies chroniques de certaines catégories de malades. Pourtant les prestations en espèces notamment le remboursement de maladie, de la maternité, et l'invalidité concernent exclusivement le paiement d'indemnités journalières, le taux de remboursement est selon les situations prévues par la réglementation de 50% et 100% du salaire de poste journalier net.

La CNAS développe aussi des activités sanitaires et peut engager des dépenses d'investissement dans le cadre de la réalisation d'infrastructures sanitaires.

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

Les dépenses des caisses de sécurité sociale sont présentées selon la classification fonctionnelle suivante :

- dépenses liées à l'action sanitaire ;
- dépenses relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ;
- dépenses relatives aux assurances sociales ;
- contribution au financement des établissements publics de santé, ou forfaits hôpitaux et conventionnements ;
- financement des transferts pour soins à l'étranger ;
- Et dépenses de fonctionnement.

2-2-Dépenses du secteur privé en investissement

Elles peuvent être évaluées sur la base des données disponibles au niveau du Ministère de la Santé (Fichier des établissements et installations à titre privé). Ces dépenses concernent les projets en cours de réalisation et les réalisations (structures achevées de l'année considérée) au titre des années retenues.

Pour les dépenses en infrastructures, il a été tenu compte du cout global de la construction, de l'importance de la structure (classement par niveaux) et du délai de réalisation. Leur cout est réparti selon un pourcentage qui tient compte de la pratique en vigueur (40% pour la 1ere année et 30% pour chacune des deux dernières années). Pour les dépenses en équipements, il a été tenu compte des acquisitions de l'année considérée.

2-3-Les dépenses des autres départements ministériels

La plupart des autres départements ministériels participent de manière active aux actions de lutte contre le SIDA et le tabagisme, ils investissent dans la construction d'unités de dépistage et de suivi. Certains ministères disposent aussi de structures de soins pour la prise en charge de populations particulières à titre préventif et curatif.

2-4-Les dépenses des mutuelles sociales

Les mutuelles sociales régies par la loi 90-310 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales, modifié et complété sont actuellement au nombre de 35 sous forme d'associations à but non lucratif ayant pour objet d'assurer à leurs membres et à leurs ayants droits des prestations sociales suivantes en nature et en espèces surtout en matière de santé :

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

-les prestations en nature (remboursement des frais) en complément des prestations servies par la CNAS dans la limite de 100% du tarif réglementaire ;

-et les indemnités journalières (prestations en espèces).

2-5-Les dépenses des ménages

Sur la base des résultats des enquêtes de consommations menées par l'ONS, la consommation annuelle des ménages pour la rubrique santé et hygiène corporelle représente en 2001 6,3% des dépenses annuelles totales des ménages y compris les remboursements des caisses d'assurance sociales qui ont porté sur les frais pharmaceutiques et les actes médicaux regroupés sous la rubrique prestations en nature.

3-Évolution et analyse de l'évolution des dépenses de santé

Le système de santé algérien est intégralement financé par son système de santé. Les financements extérieurs des Agences Onusiennes et les aides des ONG viennent en soutien à des programmes nationaux, notamment l'OMS, l'UNICEF.

3-1-Évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB

Le total comprend les dépenses consolidées directes et indirectes y compris les dépenses en capital des différents échelons administratifs, des organismes de sécurité sociale, d'organismes autonomes et autres fonds extra budgétaires. Ce total comprend aussi les dotations destinées à améliorer les dotations qui sont destinées à améliorer l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population.

Les subventions versées aux producteurs ou aux ménages sont d'autres dépenses qui entrent également dans le calcul, les dépenses en santé publique sont évaluées en pourcentage du PIB, soit l'ensemble des valeurs ajoutées dégagées par les entreprises d'un pays. L'évolution en pourcentage du PIB des dépenses publiques de santé de l'Algérie est donnée par le tableau suivant.

Tableau n°7 : Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB

Années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dépenses publiques En (%) du PIB	2.67						
Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses publiques en (%) du PIB	2.85	2.80	2.57	2.28	2.33	2.71	3.06
Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses publiques En (%) du PIB	3.65	3.30	3.62	4.41	4.92	5.46	6.04
Années	2016	2017					
Dépenses publiques en (%) du PIB	6.61	7.17					

Source : Banque mondiale, Perspectives Monde, 2015

D'après le tableau ci-dessus, on peut constater que les dépenses publiques de santé, en pourcentage du PIB ont cru de 84% en 18 ans ; pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 2.98. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (4.92) et c'est en 2005 qu'on enregistre le plus bas niveau (2.28). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 84%.

3-3-Évolution des dépenses privées de santé en pourcentage du PIB

Selon l'OMS, les dépenses en santé du secteur privé en pourcentages du PIB incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques (par exemple les régimes d'assurances privées), les dépenses de santé des entreprises, les institutions de santé sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que leurs dépenses directes. Elles représentent l'ensemble des valeurs ajoutées dégagées par les entreprises du pays.

L'évolution de ces dépenses en Algérie est donnée par le tableau suivant :

Tableau n°8 : Dépenses privées de santé en pourcentage du PIB

Années	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dépenses privées En (%) du PIB	1.03	0.85	1.04	1.07	1.05	0.93	0.87
Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses privées En (%) du PIB	0.88	0.80	0.98	0.95	1.02	1.12	1.14
Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Dépenses privées En (%) du PIB	1.52	1.52	1.52	1.59	1.71	1.75	1.81
Années	2016*	2017*	-	-	-	-	-
Dépenses privées En (%) du PIB	1.88	1.94	-	-	-	-	-

Source : Banque mondiale, Perspectives Monde, 2015.

Les années de 2014 à 2017 marquées chacune par un astérisque () sont des estimations calculées à partir des cinq données précédentes de 2009 à 2013 selon un modèle de régression linéaire simple de la forme $Y=A+BX$. (Y : Dépenses publiques en santé en pourcentage du PIB. X : Temps en années).

D'après ce tableau, on remarque que les dépenses privées de santé en Algérie ont connu une croissance de 67% en 18 ans. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 114.

C'est en 2013, qu'on enregistre le plus bas niveau (0.8). Le changement enregistré entre la première et la dernière année est de 67%.

3-4-Analyse de l'évolution de la Dépense nationale de santé

Tableau n°9 : Évolution de la DNS par rapport au PIB

Années	1973	1980	1983	1986	1987	1988	1993	1996	1999	2000
(DNS/PIB) 100	1.6	6	4.2	5.2	3.6	5.5	4.6	3.8	1.81	3.3
Années	2001	2004	2005	2006	2007	2009	2010	2012	2013	2014
(DNS/PIB) 100	3.6	3.6	4.38	4.64	6.77	5.8	4.2	5.2	5.3	7.23

Source : tableau réalisé à partir d'ouvrages+OMS

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

D'après ce tableau, le rapport DNS/PIB est multiplié par trois en 16 ans (1.6% en 1973 ; 5.5% en 1998 et 6% en 1990) ensuite il chute à 3.3% en 2000. Depuis l'année 2001, cette tendance s'est inversée grâce à la reprise de la croissance économique, la DNS/PIB est passée de 3.5% en 2005 à 5.3% en 2013. Le budget du ministère de la santé qui était de 53 milliards de dinars en 2000 (soit environ 600 millions de dollars US) est passé à 80 milliards de dinars en 2003 (soit un milliard de dollars US) et à 379 milliards de dinars au titre des dépenses de santé de l'année 2016.

La dépense annuelle de santé par habitant, estimée à 165 USD en 1990 est réduite à 58 USD en 2004. Elle a atteint 77 USD en 2005, 177 USD en 2007, 279 USD en 2012 et à 314 en 2014. Il est à noter que la banque mondiale recommandait déjà en 1993, une dépense de 62 USD/Habitant pour les pays en voie de développement et que l'ensemble des institutions internationales proposent une DNS d'au moins 5% du PIB. Malgré la relance économique entamée par l'Algérie depuis l'année 2000, l'évolution du PIB par habitant en 2014 est inférieure à ce que dépensent les pays européens et nord-américains uniquement par leur santé.

Avec une dépense nationale de santé estimée en 2014 par la banque mondiale à 6.6% du PIB, l'Algérie se situe au-dessous du niveau des ressources allouées à la santé dans la plupart des pays sous-développés. Son montant augmentera dans les années à venir, compte tenu de l'évolution démographique, de la place importante des soins curatifs hospitalo-centrés, du poids des nouvelles technologies, du développement socioéconomique et de l'exigence des soins de qualité de la part des citoyens.

En plus des agents de financement actuels certains agents peuvent être identifiés comme financeurs potentiels, dans la mesure où ils entretiennent avec le système de santé des rapports particuliers à savoir :

- 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) ;

- l'instauration d'un bonus ou d'un malus au profit des entreprises développant des efforts de prévention ;

- pour les entreprises polluantes, une taxe parafiscale à la santé pourra être instituée à leur rencontre et aura probablement un effort incitatif en direction d'une réduction des nuisances industrielles ;

-Et les assurances économiques et les assurances privées devraient contribuer à la couverture des frais occasionnés par la prise en charge médicale des dommages corporels des risques qu'elles assurent.

Section 2 : Les modalités de financement du système de santé algérien

- **Art 260** : Les ressources financières du système national de santé proviennent principalement des organismes d'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 des soins. Les modalités de contribution peuvent être définies par des conventions bilatérales et multilatérales.³⁰

- **Art 261** : Les services et actions de santé sont financés par :
 - L'État ;
 - Les organismes de 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'investissements 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 en sont faites sont présentées annuellement, à l'Assemblée Populaire Nationale sous forme de comptes appelés comptes nationaux de santé.

Ces articles permettent de savoir que les modalités de financement sont essentiellement basées sur une contribution forfaitaire de l'État, de la Caisse Nationale des Assurances Sociales et une contribution de plus en plus importante des ménages.

1-Le secteur public

Le secteur public est sous tutelle de l'État et assure toutes les fonctions du système de santé (financement, prestation, régulation, etc.).

L'État à travers les ressources fiscales prend en charge les dépenses de prévention, d'information et de recherche fiscale ainsi que les soins prodigués aux démunis et ceux ne disposant d'aucune couverture maladie. La couverture des accidents du travail, à la charge des seuls employeurs, reste en marge du système national de protection sociale et sont financées par des cotisations sociales. (Par exemple le Danemark et au Royaume-Uni plus de 90% de l'assurance maladie est financé par les impôts)

De même, au Royaume-Uni, le service national de santé et les allocations familiales sont financés par l'impôt. En revanche, l'assurance nationale, qui verse les prestations contributives en espèces, est financée par des cotisations dont le taux varie selon la nature et le niveau des revenus. Ces cotisations alimentent un fonds particulier.

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 des ayants droits.

Grace à ces deux articles de la loi numéro 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales P.1198. On peut conclure que la sécurité sociale est l'un des acteurs de financement de système de santé algérien.

La sécurité sociale couvre 90 pour cent de la population algérienne. Ces catégories de population ont été intégrées au système d'assurance maladie obligatoire à savoir ; les personnes handicapées, les étudiants, apprentis et stagiaires, les bénéficiaires du filet de protection sociale et les moudjahidines. Toute cette population couverte par la sécurité sociale a accès aux services de soins de santé aussi bien public que privé. Les patients sont remboursés à 80 pour cent remboursés sur le tarif officiel des consultations externes dans le secteur privé, alors que le prix dans ce secteur a quadruplé. Ce qui conduit à une augmentation des dépenses personnelles et à un système de santé à deux vitesses dans lesquelles, seules les catégories plus au moins aisées peuvent recourir aux services du secteur privé. Selon la CNAS, ce dernier effectue deux paiements ;

- Forfaits hôpitaux au ministère de la santé et de la population

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

- Remboursements des patients pour les services et médicaments dispensés par le secteur privé

La couverture sociale est actuellement gérée par ces caisses nationales ; CNANR, CNR, CASNOS, CNAC et CACOBATPH qui sont placées sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Les dépenses de la sécurité sociale dans les années 2000 s'élevaient à près de 186 milliards de DA. Ces dépenses de la sécurité sociale ont augmenté pour l'année 2014 à l'ordre de 300 milliards de DA.

Les différents financements de la sécurité sociale qui ont été établies en 2014 par exemple sont ;

- 60 pour cent des dépenses de santé concernent le remboursement des médicaments ;
- Le nombre de retraités inscrits à la CNR est évalué à 2 600 000 personnes ;
- Le nombre de cartes chifa établies est de l'ordre de 10 200 000 cartes qui couvrent près de 34 millions d'assurés sociaux et leurs ayants droits ;
- Le nombre de malades chroniques inscrits à la sécurité sociale est de 3 000 000.

L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale qui est née en en Allemagne à la fin du 19ème siècle, à l'époque du Chancelier Bismarck. Sa politique, guidée par un Double souci de lutte contre les syndicats et contre la montée du parti socialiste, s'est traduite par la dissolution de ces organisations. En contrepartie, l'État a pris la responsabilité D'institutionnaliser la protection sociale.

La protection sociale est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail. Elle contribue au financement du système de santé avec une part très importante d'un pays à un autre.

- **Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM)**

Il existe certains pays où le système d'assurance maladie est obligatoire, public et universel, la couverture qu'il propose n'est pas complète : en effet, l'Assurance maladie obligatoire ne rembourse pas tous les soins à 100%. Toutefois, le fait que l'Assurance maladie soit obligatoire n'offre qu'une couverture partielle et n'implique pas forcément une participation directe du patient. En effet, celui-ci peut bénéficier d'une autre forme de financement de sa consommation de soins par l'intermédiaire d'une couverture complémentaire privée. Soit par : les mutuelles,

les assurances privées, les institutions de prévoyance.

3-Les mutuelles ;

Ce sont des structures qui proposent aux assurés sociaux un complément de couverture sociale ou un complément retraite. Elles sont régies ainsi par le code des mutuelles. Elles sont des acteurs principaux de la protection sociale complémentaire, la mutualité occupe une place considérable dans la protection contre le risque maladie, c'est une prévoyance collective volontaire pour quelques entreprises ou activités. Elles consistent à rembourser aux patients les dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie.

4-Les assurances privées ;

Régies par le code des assurances, ce qui les oppose dans le droit comme dans les faits aux mutuelles et aux institutions de prévoyance. Elles interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire au titre de l'assurance des personnes : opérations de prévoyance (garantie santé, décès, invalidité et chômage) et opérations d'épargne (épargne retraite). Mais l'assurance privée ne peut répondre aux besoins de financement du risque maladie pour les soins lourds et pour l'ensemble d'une population. Comme aux États-Unis confirment cette analyse et situent l'importance des risques de maladie non assurables, leur système d'assurance maladie est, en effet, fondé sur l'assurance privée volontaire, En d'autres termes :

Seule la moitié des dépenses peuvent être couvertes par des compagnies privées. Le marché de l'assurance privé présente trois défaillances

4-1-L'aléa moral

L'assurance maladie engendre parfois un effet dés incitatif préjudiciable à l'efficacité économique car se sachant « couvert » par l'assurance, le patient peut, comme tout assuré, ne pas faire tous les efforts nécessaires à la sauvegarde de son « capital santé » (sous prévention ; adoption des comportements risqués) ni user avec parcimonie des droits que lui confère l'assurance sociale.

4-2-La sélection adverse

Elle résulte de la tendance naturelle des personnes craignant le risque et/ou malade à adhérer à des assurances offrant une bonne couverture (large gamme de services accessibles, grande liberté de choix et faibles tickets modérateurs). Par contre, les personnes négligentes à

l'égard du risque et/ou bien portantes préfèrent plutôt une faible couverture.

La sélection adverse s'opère entre les bons et les mauvais risques, c'est-à-dire entre les plus malades et les biens portants. Ainsi, l'assurance maladie ne disposant pas d'informations suffisantes sur les différentes catégories de risque de sa clientèle (elle ne peut pas différencier la prime en fonction du risque de chaque assuré) attire les populations souffrant d'une forte morbidité et ayant une forte aversion pour le risque. Parallèlement, elle repousse les populations bien portantes et ayant une faible aversion pour le risque (fuite surtout des assurés jeunes à faible risque).

4-3-L'asymétrie d'information

L'asymétrie d'information dans les rapports patient-médecin est totale. Ainsi que celle qui existe entre le « payeur » (la sécurité sociale) et le médecin. Le patient (la sécurité sociale) n'a aucun moyen de vérifier l'action du médecin. Le patient (la sécurité sociale) ne peut juger de la qualité des soins ni de la pertinence des prescriptions médicales. Le seul critère est la confiance. Par exemple, avec la « sélection adverse », un médecin qui prescrit des antibiotiques pour la moindre angine et des arrêts de travail pour un simple rhume, peut parfaitement le faire à l'insu de la sécurité sociale.

5-Les institutions de prévoyance ;

Régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural, ces institutions de droit privé à but non lucratif sont gérées paritairement par les syndicats de salariés et les employeurs. Encore appelées institutions paritaires, trois catégories dont les missions sont différentes : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de retraite supplémentaire, et les institutions de prévoyance.

5-1-Le secteur privé

Le secteur privé en Algérie est caractérisé par son fonctionnement indépendant et autarcique, il est à but lucratif est peu développé.

Le ministère de la 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'exercices du secteur privé.

Dans le 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

Chapitre II : Le financement du système de santé en Algérie

inférieurs aux montants payés. Ce secteur demeure donc difficile à accéder pour une grande partie de la population. Et, en l'absence des comptes nationaux ; l'évolution des dépenses réelles effectuées dans ce secteur sont impossibles à établir.

5-2-Les ménages

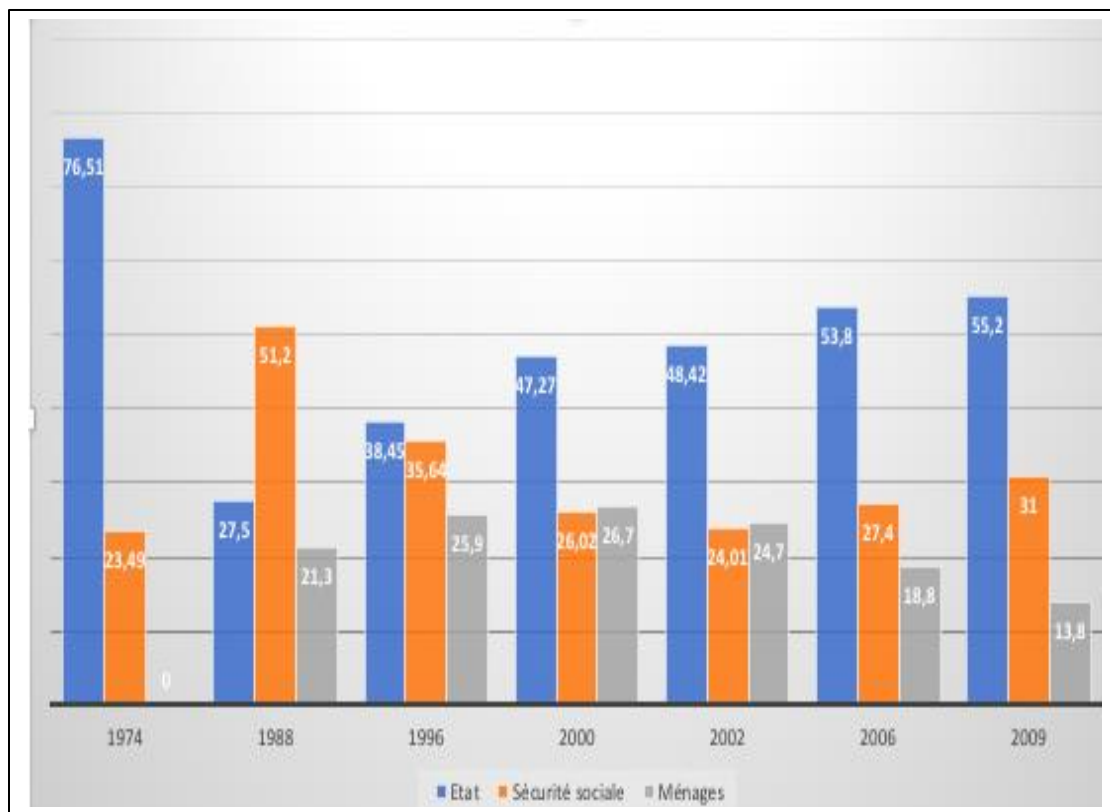
Ils constituent l'objet principal de notre travail. Ceux-ci contribuent au financement de la santé en réglant les frais de soins et de séjours prodigués en tout ou une partie par les établissements de santé.

Tableau n°10 : Évolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé

Année	État	Sécurité Sociale	Ménages
1974	76,51	23,49	0,00
1988	27 ,5	51,2	21,3
1996	38,45	35,64	25,9
2000	47,27	26,02	26,7
2002	48,42	24,01	24,7
2006	53,8	27,4	18,8
2009	55,2	31	13,8

Source : KaidTiliane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4 vol 57

Figure n°2 : Graphique d'évolution des sources de financement de la santé en Algérie de 1974 à 2009



Source : Fait par nous-même à partir du tableau précédent

Quelques dysfonctionnements sont observés sur le plan du financement :

❖ Le manque de moyens financiers qui se répercutent directement sur la quantité et la qualité des prestations attendues par le citoyen, compromettant ainsi le fonctionnement normal des établissements qui sont obligés du coup de réduire les programmes de prévention de population et de maintenance. Ce qui entraîne une diminution de l'accès aux soins ;

❖ Les gestionnaires des établissements publics de santé prennent parfois des décisions en décalage avec les nouveaux textes édictés par d'autres départements ministériels (Finances, Fonction publique...). Ces constats montrent que les mesures de redressement nécessitent une double approche qui doit concerner les aspects proprement sectoriels, mais également faire appel à d'autres secteurs ministériels.

Conclusion

Le financement du système de santé algérien est basé principalement sur des dotations budgétaires de l'État, d'une contribution forfaitaire des organismes de sécurité sociale et d'une participation des ménages.

Pour faire face aux nouveaux besoins de la population dans les prochaines années il faudra mobiliser d'autres sources de financement supplémentaires ou gérer de manière rationnelle celles qui existent déjà.

Chapitre III :
L'apport des usagers
dans le financement
des soins (cas du
CHU de Tizi-

Introduction

Le centre hospitalo-universitaire (CHU), est une entité administrative dotée d'une autonomie financière et de la personnalité juridique. Chaque année le centre hospitalo-universitaire reçoit de la part de l'État un patrimoine d'affectation (ressource autrement dit contribution de l'État) en vue de réaliser une mission d'intérêt général ou d'assurer une obligation des services publics.

L'absence de contraintes financières avait favorisé un accès élargi des populations aux soins entraînant une forte augmentation des dépenses de santé, due à la fois à l'inflation des prix des médicaments, à l'évolution épidémiologique et le manque de visibilité quant aux les contributions des différents intervenants dans le financement.

Le financement des établissements publics de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'État, de la sécurité sociale et, celle de ménages.

Nous commençons ce chapitre par la présentation du CHU Nedir Mohamed de la wilaya de Tizi-Ouzou

Ensuite nous abordons la méthodologie de l'enquête que nous avons réalisée à travers un ensemble de questions que nous avons posé directement aux patients.

Section 1 : Présentation du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou

1-Historique

C'est en 1995 précisément le 28 juillet qu'il a été procédé à la réception provisoire de certains services de l'hôpital de Tizi-Ouzou permettant ainsi l'ouverture de cet établissement pour le premier aout 1955 en tant qu'hôpital civil. Après l'indépendance, l'hôpital de Tizi-Ouzou a été baptisé hôpital « *Nedir Mohamed* ».

A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines.

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

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

sociale de la santé au niveau du CHU, ce n'est pas parler uniquement des moyens, certes importants, mis en œuvre pour une réalité singulière que l'on ne peut pas éluder.

Il faut soulever les difficultés des patients quant à leur prise en charge avec ou sans professionnalisme de tous les acteurs du système de santé est une chose essentielle qui doit s'inscrire dans la politique de gestion hospitalière dans la durée. La bonne gouvernance de ladite structure est un bel exemple au service de ceux qui veulent être entourés et accompagnés médicalement durant leur hospitalisation.

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

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 de résultats sanitaires, cette machinerie a coûté en équipements médicaux la bagatelle de cent vingt milliards de centimes (si la santé n'a pas de prix elle a un coût).

- En 1974, l'Hôpital régional de Tizi-Ouzou devient un secteur sanitaire grâce aux Différentes unités de santé qui lui étaient reliées.

- En 1982, le secteur sanitaire de Tizi-Ouzou se voit transformer en secteur sanitaire universitaire (S.S.U) et ceci par l'ouverture d'une formation biomédicale pluridisciplinaire.

Centre hospitalo-universitaire « *NEDIR Mohamed* » de Tizi-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 CHU. Le CHU est créé sur proposition conjointe du ministre de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé.

2-Les missions

La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur car il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

concerné. Des missions de diagnostic, d'exploitation, de soins, de prévention, de formation, d'études et de la recherche.³¹

Dans le cadre des missions, le CHU de T-O est chargé notamment des tâches suivantes³²

- **En matière de santé:** d'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; d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé; de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé; de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

- **En matière de formation :** d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post- graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ; de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

- **En matière de recherche :** d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ; d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

Le C.H.U de Tizi-Ouzou est constitué de deux (02) unités d'hospitalisation avec 900 lits organisés, répartis-en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations. L'Unité NEDIR Mohamed considérées unité mère située au Centre-ville dans l'enceinte de la structure siège du C.H.U et l'Unité BELLOUA située à quatre kilomètres de la Direction Générale sise Redjaouna, Sont annexées à l'unité NEDIR, une clinique dentaire avec cinq spécialités, les consultations spécialisées 24 salles de consultations et la Médecine du Travail, toutes situées en extra muros³³, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades.

³¹Voir JORADP, N 81 DU 10/12/1997, p. 21-27.

³² Ibid.

³³Document interne du chu de Tizi-Ouzou

3-Organisation administrative du CHU de Tizi-Ouzou

Dans le cadre de ses missions, le C.H.U 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.

3-1-Conseil d'administration

Ce conseil comprend le représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de 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 wilaya siège du C.H.U, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil scientifique du C.H.U³⁴.

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 d'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.

En effet, les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci. Ce conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux. Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements, le projet de tableau des effectifs, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur. Ce dernier, se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

³⁴ Voir JORADP, N 81 DU 10/12/1997, p. 21-27.

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial coté et paraphé par le président. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion. Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres. Si le quorum³⁵n'est pas atteint, cependant celui-ci est à nouveau convoqué dans les dix jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage, des voix, celle du président est prépondérante. Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai³⁶.

3-2-Le directeur

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur du C.H.U, 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, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions 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 proches collaborateurs.³⁷

3-3-Le conseil scientifique

Le conseil scientifique propose toutes mesures 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 de

³⁵ Quorum : Nombre de membres qu'une assemblée doit réunir pour pouvoir valablement délibérer, nombre de votants nécessaires pour qu'une élection soit valable.

³⁶ Voir JORADP, N 81 DU 10/12/1997, p. 21-27.

³⁷ibid.

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche. Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation¹.

Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Ce conseil élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du CHU. Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre. Ce conseil ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente.

Cependant, si le quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quel que soit le nombre des membres présents. Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique. Il comprend, outre le directeur général, président : le président du conseil scientifique ; trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil scientifique. Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement. Le comité consultatif se réunit une fois par mois.³⁸

Section 2: La contribution des malades au financement dans la santé

Les malades contribuent de plusieurs manières au financement de la santé

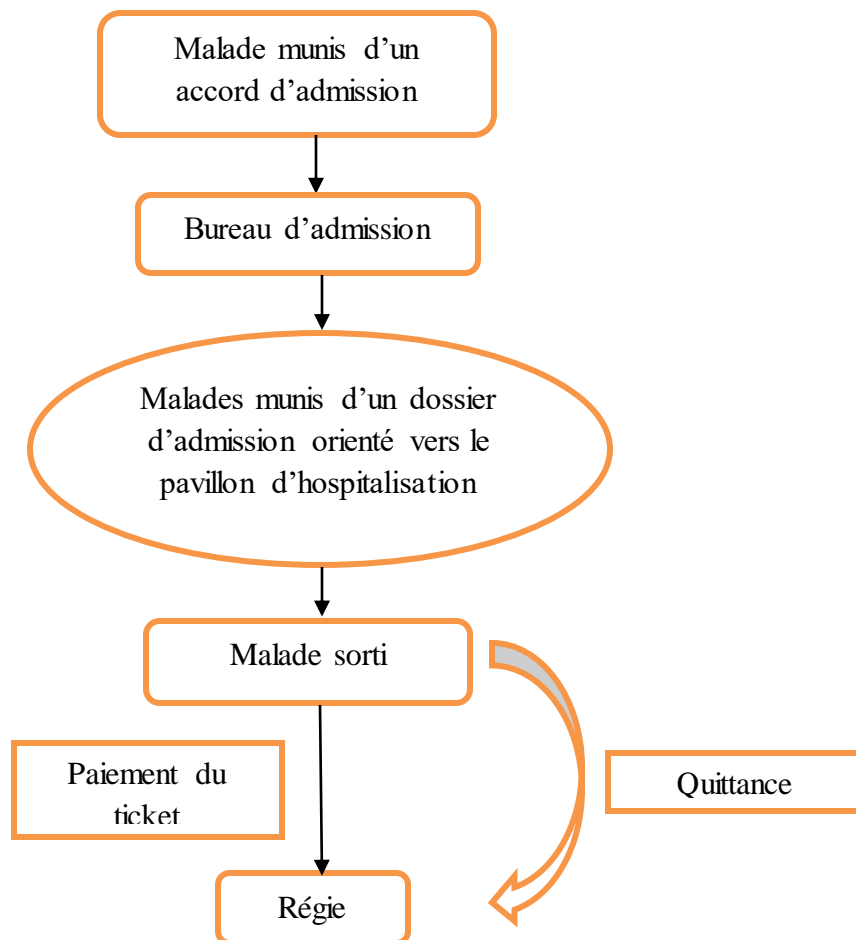
³⁸ Voir JORADP, N 81 DU 10/12/1997, p. 21-27.

1-Le système de recouvrement de malades au financement

Les malades venant en hospitalisation après une consultation au niveau des urgences ou à l'issu d'une évacuation d'urgence sont orientés vers les pavillons d'hospitalisation par le service des admissions, le malade muni d'un accord d'admission se dirige vers le bureau de l'admission pour l'enregistrement de son admission et l'élaboration d'un dossier constitué d'un bulletin d'admission et d'une fiche navette. Après son séjour à l'hôpital le malade doit se présenter à la régie pour le paiement d'un ticket modérateur, le caissier utilise un quittancer à souche pour porter les sommes encaissées sur le quittancer ; une quittance sera remise au malade et l'autre reste dans la souche, à la fin du mois le caissier va faire un ordre de virement en utilisant le quittance, et les sommes encaissées accompagné des souches seront reversées directement à la trésorerie après visa du gestionnaire.

Remarque : les frais d'hospitalisation des patients sont comptabilisés de manière forfaitaire

Figure n°3 : schéma de contribution des malades au sein du CHU de T.O



Source : faite pour nous-mêmes à partir des informations au CHU de Tizi-Ouzou

2-La tarification de la contribution financière des malades

En Algérie la dotation budgétaire étant calculée selon le prix de journée hospitalière, un procédé d'évaluation dont la base de calcul est représentée par la clé (durée moyen de séjour), sachant que le financement par dotation effectué pour les hôpitaux publics tient compte du prix de journée comme indicateur essentiel, cette forme d'évaluation est cependant dépassé car aujourd'hui on représente d'autres possibilités de calcul des cout des prestations en proposant la méthode du Case-Mix et la tarification à l'activité qui paraissent répondre plus ou moins convenable à la problématique.

La tarification conformément à l'arrêté interministériel de janvier 1995 appelle les observations suivantes :

2-1-Pour les hospitalisations :

Hospitalisation : 100 DA par nuit

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU)

2-2-Les frais de laboratoire

Tableau n°11 : tarif du laboratoire

Code	Tarif (DA)	Code	Tarif (DA)
B.01	0,40	B.75	30,00
B.08	3,20	B.80	32,00
B.10	4,00	B.90	36,00
B.15	6,00	B.100	40,00
B.20	8,00	B.110	44,00
B.25	10,00	B.115	46,00
B.30	12,00	B.120	48,00
B.35	14,00	B.130	52,00
B.40	16,00	B.135	54,00
B.45	18,00	B.150	60,00
B.50	20,00	B.155	62,00
B.55	22,00	B.190	76,00
B.60	24,00	B.195	78,00
B.66	26,00	B.225	90,00
B.70	28,00	B.270	108,00

Source : tableau réalisé à partir des données du bureau d'admission du CHU de T.O.

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

2-3-Frais de traumatisme

Tableau n°12 : Les tarifs de traumatisme

Code	Tarif (DA)	Code	Tarif (DA)
K.1	2,20	K.100	220
K.3	6,6	K.120	264
K.7	15,4	K.130	286
K10	22	K.150	330
K.15	33	K.04	8,8
K.20	44	K.02	4,4
K.25	55	K.05	11
K.30	66	K.06	13,2
K.40	88	K.50	110
K.60	132	K.80	176

Source : tableau réalisé à partir des données du bureau d'admission du CHU de T.O.

2-4-Frais de radiologie

Tableau n°13 : Les tarifs des radios

Code	Tarif (DA)	Code	Tarif(DA)
R.01	2,50	R.32	80,00
R.02	5,00	R.33	82,5
R.03	7,50	R.35	87,5
R.05	12,5	R.38	95,00
R.06	15,00	R.39	97,5
R.10	25,00	R.40	100,00
R.17	42,5	R.41	102,5
R.18	45,00	R.44	110,00
R.19	47,5	R.45	112,5
R.20	50,00	R.46	115,00
R.22	55,00	R.50	125,00
R.25	62,5	R.54	135,00
R.26	65,00	R.55	137,5
R.27	67,5	R56	140,00
R.28	70,00	R.58	145,00
R.29	72,5	R.59	147,5
R.30	75,00	R.60	150,00
R.31	77,5	R.75	187,5

Source : tableau réalisé à partir des données du bureau d'admission du CHU de T.O.

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

Les ménages contribuent au financement de la santé en réglant à l'établissement de la santé les frais de soins et de séjour prodigués, en tout ou une partie. La participation financière des ménages peut prendre différentes formes : le ticket modérateur, le forfait hospitalier et dépassement d'honoraire. Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses de la santé qui reste à la charge de l'assuré (ménages) après le remboursement de l'assurance maladie.

3-Le ticket modérateur

Qui est la partie de dépense de santé qui reste à la charge de l'assuré (ménages) après le remboursement de l'assurance maladie. Il s'applique sur toutes les soins et les frais médicaux remboursable qu'il s'agit d'une consultation médicale, prescription des médicaments...

3-1-Actes professionnels

Parce qu'ils sont considérés comme très coûteux et dont le remboursement risque de traduire des effets financiers dangereux pour le compte de la sécurité sociale.

Ils sont exonérés du ticket modérateur, les personnes ayant subi des actes suivants :

- ✓ Les actes professionnels affectés d'un coefficient égal ou supérieur à K50,
- ✓ Les frais engagés suite à la fourniture du sang, en plasma ou de leurs dérivés,
- ✓ Frais de placement des enfants prématurés en couveuses,
- ✓ Lors que la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours,
- ✓ Les frais médicaux engagés au-delà du quatrième mois d'interruption de travail lorsque le traitement nécessite une cessation de travail supérieur à un trimestre.

3-2-Les catégories socioprofessionnelles et leurs ayant droits

Ils sont exonérés aussi au ticket modérateur les catégories suivantes :

- ✓ Les personnels des services de santé y compris les conjoints et enfants à charge
- ✓ Les Moudjahidines, les veuves de Chahid et ayants droits
- ✓ Les enfants de moins de cinq (5) ans et les jeunes évoluant en milieux assistés
- ✓ Les détenteurs des cartes d'invalidité délivrés par les services habilités
- ✓ Les personnes hospitalisées suite à une poussée épidémie avérée
- ✓ Les patients hospitalisés suite à une catastrophe naturelle
- ✓ Les titulaires de pensions et allocation de sécurité de montant inférieur au SNHG (présentation des cartes délivrées par la sécurité sociale attestant l'exonération du ticket modérateur)

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

✓ Les rentiers accidents de travail incapables de travailler (50% d'incapacité au moins, carte délivrée par la sécurité sociale, wilaya, commune, etc...).

4-Le forfait hospitalier journalier

C'est une participation forfaitaire à la charge des patients qui ne sera pas remboursé par l'assurance maladie. C'est montant contribuent aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par l'hospitalisation. Ce forfait peut être en charge par les mutuelles aux assurances complémentaires.

Selon le contrat, il couvrira le montant du forfait pour la totalité de séjour ou pour une période limitée.

Section 3 : présentation des résultats de l'enquête

1-Méthodologie et résultat de l'enquête

Cette enquête par questionnaire est réalisée auprès des patients hospitalisés, en vue de tirer des informations concernant leurs contributions financières puis de savoir leur niveau de satisfaction par rapport aux prestations et prises en charge.

C'est un outil essentiel du système d'information, dans une démarche de qualité déjà engagée, elle permet d'effectuer des ajustements nécessaires pour prendre en compte les perceptions de patients au sein du CHU de T.O.

Dans ce cas, nous pouvons citer quelques objectifs

- ✓ S'adresser directement aux patients
- ✓ Nous permettre aussi de voir les conditions de leur hospitalisation
- ✓ Voir s'il y a un manque de matériels
- ✓ Élaborer des chiffres valides et fiables qui reflètent le niveau de la qualité de soins au sein de l'établissement hospitalière et qui permet d'estimer la satisfaction ou l'insatisfaction des patients.

Pour apporter de réponses fiables à notre problématique de départ, nous avons procédé à une enquête de satisfaction sur le terrain (une enquête face à face des patients). L'enquête porte sur un échantillon de patients d'établissement sanitaire du CHU de T.O.

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

Notre enquête est composée de 50 patients interrogés dans les services d'urgence, dans le service d'urologie et les médecins pour évaluer la satisfaction des patients hospitalisés.

Pour bien mener notre étude d'enquête nous avons choisi un questionnaire comme outil d'investigation comportant huit (8) questions. Il faut noter que dans nous avons eu du mal à obtenir des réponses par rapport à certaines questions.

Une fois les questionnaires regroupés, il a fallu déterminer le type ou mode d'administration qui sera utilisé.

Le mode d'administration que nous avons choisi pour le recueil des informations auprès des patients à l'hôpital du CHU de Tizi-Ouzou : c'est le « face à face ».

Le « face à face » est une méthode qui consiste à leur soumettre de nombreuses questions sur le sujet d'enquête. Nous avons adopté cette méthode pour de nombreuses raisons tel que :

✓ Elle nous permet de l'utiliser aussi bien pour les analyses quantitatives que qualitatives

✓ Elle est la plus riche en termes d'information recueillies

✓ Connaitre les opinions des patients

✓ Riche en information accumulées.

Cette méthode a aussi des inconvénients :

- La non-participation des patients
- Le non disponibilité des patients
- Insuffisance de patients hospitalisés.

De nombreuses insuffisances constatées durant l'enquête sont liées notamment au nombre important de questionnaire non rendus ou incomplètement répondus et le cas fréquent de non réponse à une ou plusieurs questions réduisant ainsi notre échantillon d'enquête.

Cette enquête ne prétend pas apporter des solutions pour une pratique plus élargie de la formation continue dans les établissements du CHU de T.O.

2-Analyse et interprétation des questionnaires

2-1-Question n° 01 : Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

Le but de cette question est de déterminer combien de personnes ont déjà été hospitalisées :

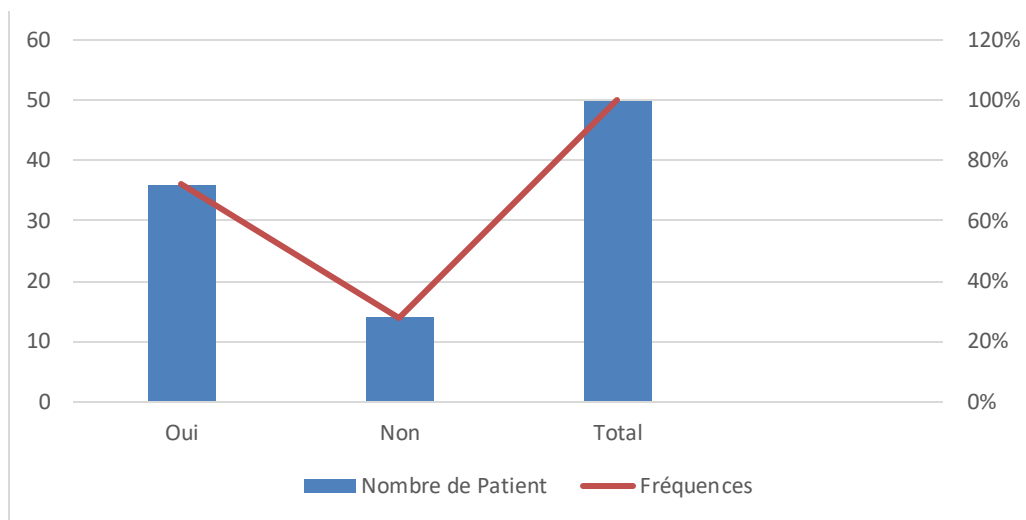
Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU)

Tableau n°14 : hospitalisation

Hospitalisation	Nombre de Patients	Fréquences
Oui	36	72%
Non	14	28%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou

Figure n°4 : hospitalisation



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Après l'analyse du tableau et de la figure nous constatons que la majorité de la population 72% ont été déjà hospitalisé, et 28% n'ont jamais été hospitalisé.

2-2-Question n°2 : dans quel établissement vous avez déjà hospitalisé public ou privé ?

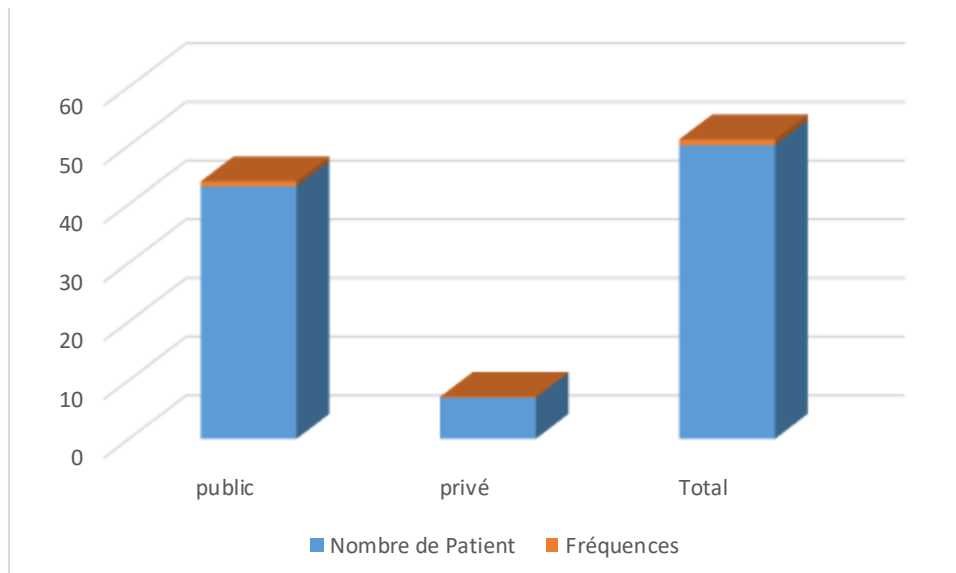
L'objectif de cette question est de savoir le type d'établissement le plus fréquenté par les patients :

Tableau n°15: lieu d'hospitalisation

Lieu hospitalisé	Nombre de Patient	Fréquences
Public	43	86%
Privé	7	14%
Total	50	100%

Source à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Figure n°5 : lieu d'hospitalisation



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

A travers l'analyse des résultats du tableau et de la figure nous avons remarqué que 43 patients hospitalisé 86% ont été déjà hospitalisé dans l'établissement public, et seulement que 7 patients soit 14% dans le privé. Cela peut expliquer leur préférence de l'établissement public par rapport à la qualité de la prestation des services sans oublier l'offre de soins gratuits.

2-3-Question n°3: Dépensez-vous pour vos soins au sein du CHU de Tizi-Ouzou ?

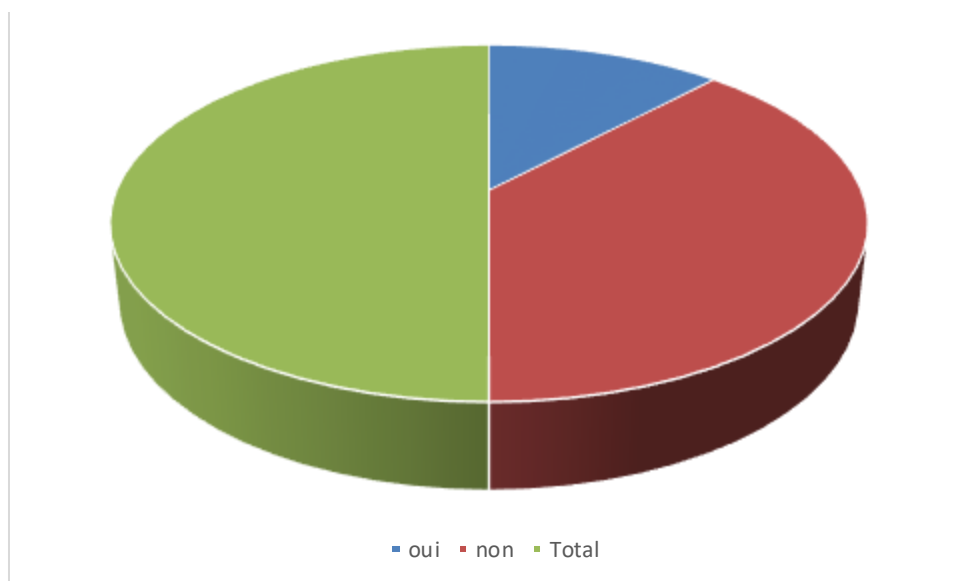
Cette question a pour but de savoir si les patients dépensent pour leurs soins au sein du CHU de Tizi-Ouzou.

Tableau n°16 : contribution

Contribution	Nombre de Patient	Fréquences
Oui	12	24%
Non	38	76%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Figure n°6 : Contribution



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Après avoir interprété le tableau et la figure, nous constatons que 24% des patients paient pour leurs soins au CHU de Tizi-Ouzou et 76% ne contribuent pas.

Chapitre III: L'apport des usagers dans le fonctionnement des soins (cas du CHU de TIZI-OUZOU

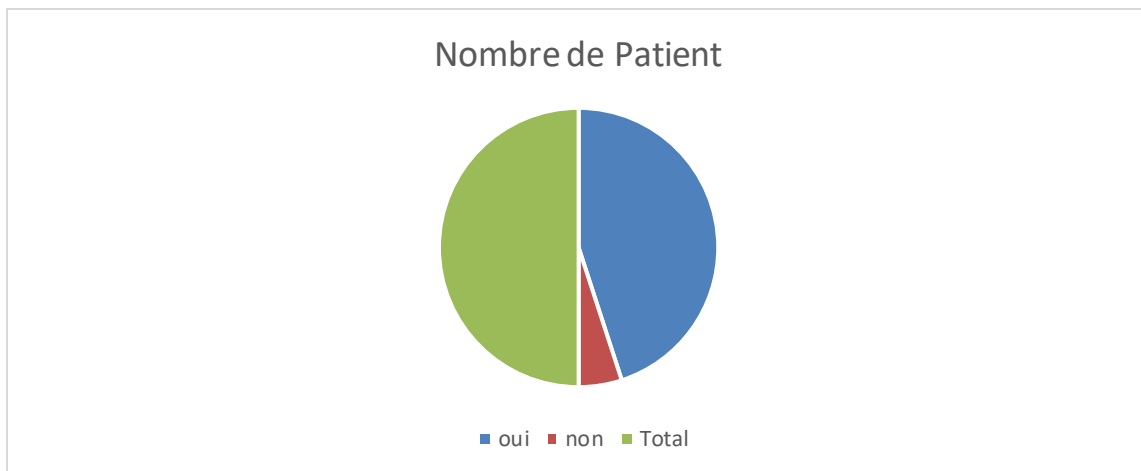
2-4-Question n°4 : est-ce que vous avez été déjà orienté vers l'établissement public ?

Tableau n°17 : orientation

Orientation	Nombre de Patient	Fréquences
Oui	45	90%
Non	5	10%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Figure n°7 : Orientation



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Après cette étude, on a remarqué qu'un total de 45 patients fréquents beaucoup plus l'établissement public et un total de 5 patients fréquentent l'établissement privé.

2-5-Question n°5 : est-ce que vous êtes satisfaits des soins du CHU de Tizi-Ouzou ?

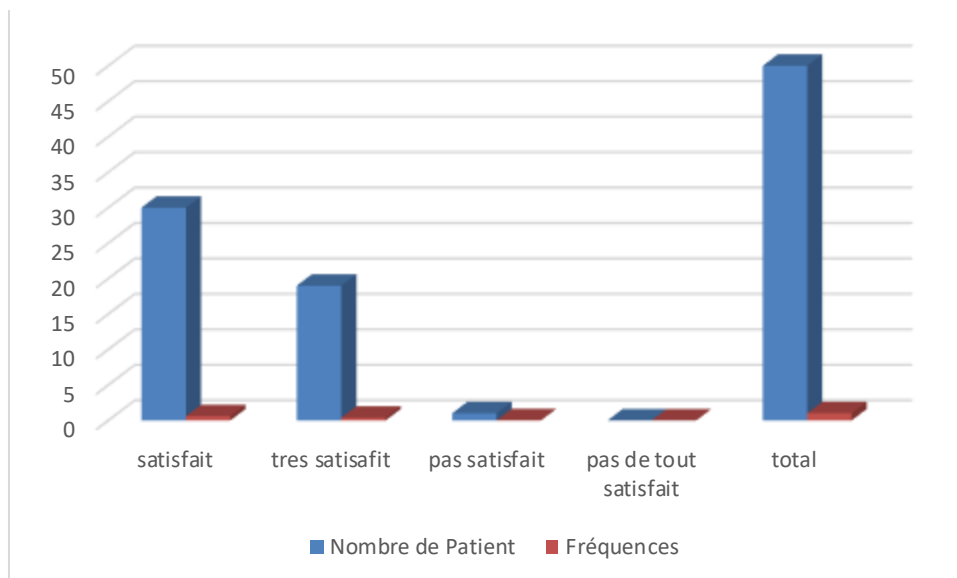
L'objectif de cette question est de savoir si les patients sont satisfaits après avoir été trait

Tableau n°18: satisfaction

Satisfaction	Nombre de Patient	Fréquences
Satisfait	30	60%
Très satisfait	19	38%
Pas satisfait	1	2%
Pas de tout satisfait	0	0%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Figure n°8 : satisfaction



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Dans cette analyse nous avons constaté que la majorité des patients sont satisfaits au traitement de l'établissement du CHU de Tizi-Ouzou.

2-6-Question n° 6 : comment jugez-vous les moyens mis à votre disposition ?

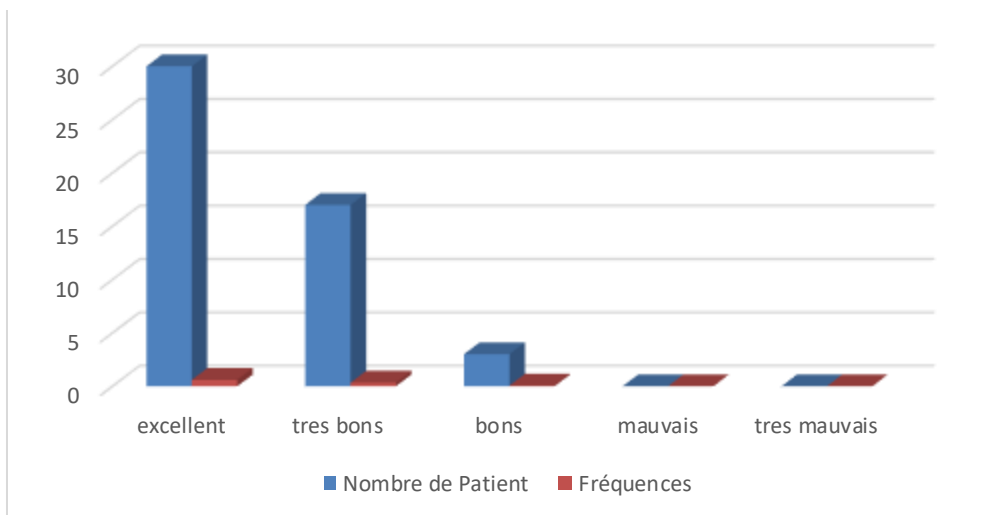
Les résultats de cette question nous renseignent sur la perception des patients sur les moyens mis en œuvre par l'établissement de santé public CHU de TIZI-OUZOU.

Tableau n°19: jugement des moyens

Jugement des moyens	Nombre de Patient	Fréquences
Excellent	30	60%
Très bons	17	34%
Bons	3	6%
Mauvais	0	0%
Très mauvais	0	0%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Figure n° 9: jugement des moyens



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

La figure et le tableau ci-dessus donnent un aperçu sur les différentes perceptions concernant le jugement des moyens utilisés par les soignants à l'hôpital CHU de TIZI-OUZOU, presque la totalité soit 60% des patients interrogés ont confirmé l'excellence des moyens de communication utilisés.

2-7-Question n°7: est-ce que vous payez les consultations au CHU de Tizi-Ouzou ?

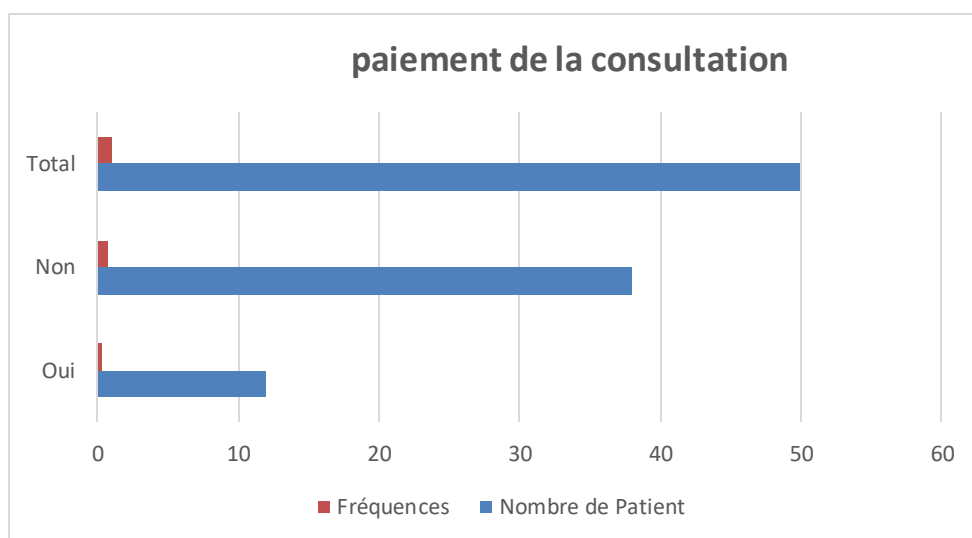
L'objectif de cette question est de nous faire savoir si la consultation est payable pour les patients aux établissements publics de Tizi-Ouzou.

Tableau n°20 : paiement de la consultation

Paiement de la consultation	Nombre de Patient	Fréquences
Oui	12	24%
Non	38	76%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Figure n°10 : paiement de la consultation



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

A travers de cette analyse, on constate que 24% des patients ne paie pas la consultation par contre, 76% paie.

2-8-Question n°8 : lorsque vous vous sentez mal (blocage pour entrer en communication) quels sont les moyens utilisés ?

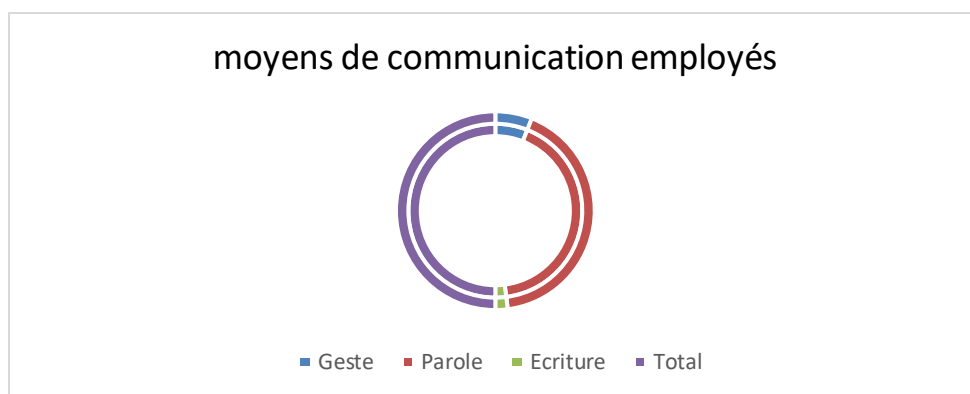
Cette question permet de connaitre les moyens par lesquels les patients utilisent pour communiquer.

Tableau n°21 : moyens utilisés

Moyens utilisés	Nombre de Patient	Fréquences
Geste	6	12%
Parole	42	84%
Écriture	2	4%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou

Figure n°11 : Moyens utilisés



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou.

Après cette étude, nous avons constaté que 84% des patients utilisent les mots pour s'exprimer, 12% utilisent les gestes et 4% l'écriture.

2-9-Question n°9 : est-ce que vous êtes satisfaits de la somme que vous dépensez pour votre santé ?

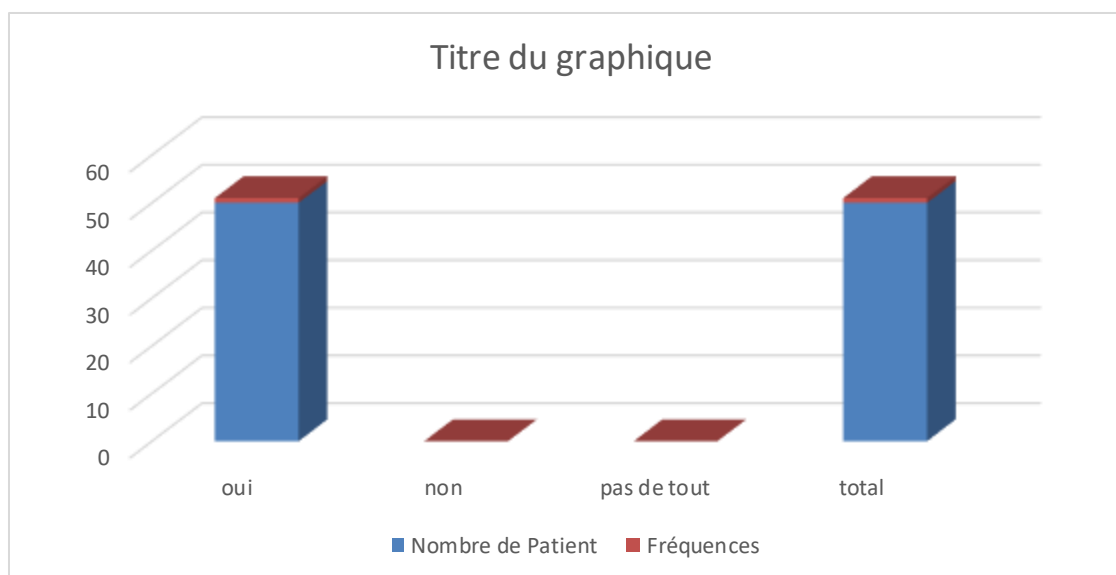
La finalité de cette question est de savoir si les patients sont satisfaits de la somme qu'ils dépensent pour leur santé.

Tableau n°22 : satisfaction de dépense

Satisfaction de dépense	Nombre de Patient	Fréquences
Oui	50	100%
Non	0	0%
Pas de tout	0	0%
Total	50	100%

Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou

Figure n°12 : satisfaction de dépense



Source : à partir de l'enquête personnelle au CHU de Tizi-Ouzou

Après avoir étudié ces questions nous avons défini que la totalité de patients est satisfaite de la somme qu'ils dépensent pour leurs soins.

Conclusion

Le centre hospitalier universitaire de Tizi-Ouzou est considéré comme un secteur important dans la wilaya de Tizi-Ouzou, vue son importance géographique et au nombre de malades qu'il reçoit chaque année.

Il arrive à répondre convenablement aux besoins de santé des patients qui se disent satisfait non seulement de la qualité des services et de la somme déboursée à travers leurs différentes réponses aux différentes questions. Et ce grâce aux équipements médicaux de qualité, au savoir-faire du personnel.

Conclusion

Générale

Un système de santé correspond à l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population, un système organisé d'actions dont la finalité est d'améliorer la santé de la population.

Le système de santé algérien s'organise autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Les soins hospitalisés et le contrôle des conditions d'exercice du secteur privé est géré par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH).

L'organisation du système de santé en Algérie se caractérise principalement par deux fonctions essentielles: une fonction de l'offre de soins et de médicament et une fonction de financement.

Les dépenses de santé en Algérie ne cessent de prendre l'ampleur due principalement à la triple transition qu'a vécue le pays : la transition démographique, la transition économique et la transition épidémiologique.

Le financement du système de santé est basé est assuré principalement par l'État, les organismes de sécurité sociale et les usagers.

Les citoyens ont le droit de réclamer de soins de qualité bien que leur participation directe reste modique et que la plus grande partie des frais de santé soit payée par les caisses d'assurance pour les assurés et par l'État pour les patients démunis et ceux souffrants d'une maladie chronique.

Dans notre travail, nous avons tenté de comprendre l'apport des usagers dans le financement du système de santé en Algérie. En raison du manque d'information on a choisi de réaliser un sondage en s'adressant directement aux malades du CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.

La démarche de notre étude consiste en premier lieu en la présentation de notre établissement d'accueil le CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou qui nous permet de comprendre que les usagers participent de diverses manières notamment le ticket modérateur. Celui-ci représente la part des dépenses à la charge de l'assuré. A cela s'ajoute la tarification journalière un procédé d'évaluation dont la base de calcul est représenté par la clé (durée moyenne de séjour).

En second lieu une enquête a été réalisée au sein du dit établissement. Elle a permis de comprendre que la plupart des soins prodigués aux malades se font dans les établissements publics soit 86% des malades interrogés. Concernant la contribution seulement 24% des

patients interrogés dépendent pour recevoir des soins. Ainsi la majorité d'entre eux se disent satisfait des soins fournis avec d'excellents moyens de communication utilisés par le personnel, la bonne qualité des services et la gratuité des soins. Concernant les moyens par lesquels les patients communiquent leur ressenti aux médecins le geste, la parole et l'écriture ont été relevés.

Ce point de vue, qui reste personnel, est un acte de foi en un système de santé qui, il est vrai, souffre actuellement de multiples dysfonctionnements mais qui peut surmonter ses difficultés. Il dispose d'énormes potentialités, surtout humaines, capables de relever le challenge et de valoriser ce bien communautaire qui fait peur à ceux qui ont fait d'un métier synonyme de vocation et sacerdoce pour une élite algérienne, citoyenne et dévouée à son pays, un objet d'enrichissement facile.

Bibliographie

Ouvrage :

- ❖ Faou AL, l'économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaume Unis, Canada, Coll. Sciences humaines en médecine. Paris (France) ;2003
- ❖ Olivier Vittecoq : les systèmes de santé : quatre modèles
- ❖ Patricia Pittman : Le système de santé et d'assurance maladie américain
- ❖ Brahamia Brahim : évolution et tendances du système de santé. OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, éditions Baheaddine, 2010.
- ❖ Oufriha Fatima Zohra : système de santé et population en Algérie.

Mémoires et thèses :

- ❖ Achiou Meriem, Amirouche Souhil : Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie, mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaïa, 2016
- ❖ Ait Medjane Ouahiba : Les réformes du système de santé en Algérie : mémoire de Master en Sciences Économiques Université de Bejaïa, 2013
- ❖ Kaid Tiliane. N ; le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa, thèse de doctorat en Sciences économiques, université d'Alger, 2003
- ❖ Ouled Abedselam Sabrina, contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de formation continue en milieu hospitalier en Algérie, mémoire de magistère en Sciences Economiques, université de Bejaïa 2008.
- ❖ Berrabah Nacer : financement et prestation de soins de santé en Algérie : l'équité du système à l'épreuve des faits. Doctorat en science économique, Paris I, 02 février 1999.
- ❖ Abbou Youcef : Essai d'analyse de la maîtrise de dépense de santé en Algérie, Mémoire de magistère en science économiques, Université de Bejaïa, 2010.
- ❖ Madjid Salmi : système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité de soins. Thèse doctorat en science économique à l'Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, 22 octobre 2016

Rapport et document :

- ❖ MSP, statistiques sanitaires
- ❖ MSPRH, comptes nationaux de la santé en Algérie, Alger, 2003, p 59
- ❖ Finance et développement, financement de la santé : une chance à saisir, décembre 2006.
- ❖ OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de sante plus performant 2000.
- ❖ OMS, financement de la santé Novembre 2010, faits et chiffres : www.who.int/health_financing/functions/fr.
- ❖ OMS, rapport sur la santé dans le monde 2010, le financement des systèmes de santé, le chemin vers une ouverture universelle. Genève, Organisation Mondiale de la Santé 2010.
- ❖ OCDE, Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 : <http://www.oecd.org>
- ❖ Banque Mondial : Rapport N° 36270-DZ : République Algérienne Démocratique et Populaire à la recherche d'un investissement public de qualité, le 15 aout 2007.
- ❖ Gilles Dumahel : le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Avril 2002
- ❖ Rapport Nabni 2020 : Cinquantenaire de l'Indépendance : enseignements et vision pour 2020, Janvier 2013

Article et revue :

- ❖ JORADP, N 81 DU 10/12/1997. P 21-87
- ❖ OCDE, Dépenses de la santé en proportion du PIB dans *Panorama de la santé 2011*, les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, 2011
- ❖ Brahamia Brahim : quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère de travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger, 2008.
- ❖ Ziani Lila : Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie, 2011.

Sites :

- ❖ http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.
- ❖ <http://www.santé.com>
- ❖ <http://www.banquemondiale.org/pays/algerie>
- ❖ <http://www.oecd.org>

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Évolution des indicateurs de santé	26
Tableau n°2 : évolution du nombre de praticiens médicaux du secteur public et privé entre les années 1996 et 2012.	29
Tableau n°3 : évolution du personnel paramédical.....	30
Tableau n°4 : Évolution du personnel administratif	31
Tableau n°5 : Caractéristiques du secteur public	32
Tableau n°6 : Évolution du budget de fonctionnement Unité : 10 ⁶ DA.....	40
Tableau n°7 : Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB.....	44
Tableau n°8 : Dépenses privées de santé en pourcentage du PIB.....	45
Tableau n°9 : Évolution de la DNS par rapport au PIB.....	45
Tableau n°10 : Évolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé.....	52
Tableau n°11 : tarif du laboratoire	64
Tableau n°12 : Les tarifs de traumatisme	65
Tableau n°13 : Les tarifs des radios	66
Tableau n°14 : hospitalisation.....	70
Tableau n°15 : lieu d'hospitalisation	Erreur ! Signet non défini.
Tableau n°16 : contribution	72
Tableau n°17 : orientation.....	73
Tableau n°18: satisfaction.....	73
Tableau n°19: jugement des moyens	75
Tableau n°20 : paiement de la consultation	76
Tableau n°21 : moyens utilisés	77
Tableau n°22 : satisfaction de dépense	78

Liste des figures

Figure n°2 : Graphique d'évolution des sources de financement de la santé en Algérie de 1974 à 2009.....	53
Figure n°3 : schéma de contribution des malades au sein du CHU de T.O	62
Figure n°4 : hospitalisation	70
Figure n°5 : Lieu d'hospitalisation	71
Figure n°6 : Contribution	72
Figure n°7 : Orientation	73
Figure n°8 : satisfaction	74
Figure n° 9 : jugement des moyens	75
Figure n°10 : paiement de la consultation.....	76
Figure n°11 : Moyens utilisés	77
Figure n°12 : satisfaction de dépense.....	78

Table des matières

Remerciement	
Dédicace	
Liste des abréviations, acronymes et sigles	
Résumé	
Sommaire	
Introduction générale	1
Chapitre I : Généralités sur les systèmes de santé	5
Section 1 : Généralités sur le système de santé.....	6
1-Définition, caractéristiques et objectifs d'un système de santé	6
1-1-Être globale.....	8
1-2-Promouvoir la santé.....	8
1-3-Protéger la santé	8
1-4-Restaurer la santé.....	8
1-5-Être accessible	8
1-6-Efficace.....	8
2-Les types de système de santé dans le monde	9
2-1-Le système Bismarckien.....	9
2-2-Le système Beveridgien	11
2-3-Le modèle libéral Américain.....	13
a-Le financement public.....	14
b-Le financement privé	14
2-4-La réforme OBAMA	15
a-Rendre les assurances santé accessibles et abordables à tous :.....	15
b-Réduire les coûts de la prise en charge de santé :.....	15
c-Favoriser la santé publique	16
d-Un service national de santé (SNS) financé, conjointement et dans des proportions variables, par l'impôt et les cotisations sociales obligatoires ;.....	16
e-La coexistence du SNS avec un important secteur de prestataires privés.	16
Section 2. Système de santé algérien	16
1- Historique et présentation.....	16
1-1- La première phase (avant 1962) :la période coloniale	18

1-2-La deuxième phase (1962-1973) : l'édification progressive d'un système national de santé.....	18
1-3- La troisième phase (1974-1989) : Le premier mouvement de réforme.....	19
1-4- La quatrième phase (1990-1999) : Deux réformes sur une crise multiforme	21
Une transition épidémiologique	21
a-1-Les maladies transmissibles.....	22
a-1-1-Les maladies à transmission hydrique (MTH) :.....	23
a-1-2-Les maladies bénéficiant de programme élargi de vaccination (MPEV)	23
a-1-3-Les maladies à transmission vectorielle	23
a-1-4-Les zoonoses	23
a-1-5-Les maladies sexuellement transmissibles	24
a-2-Les maladies non transmissibles	24
b- Une transition socio-économique	24
c-La transition démographique	26
1-5- La cinquième phase (2000 à nos jours) : une volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure.....	27
2- Organisation du système de santé	28
2-1- Ressources et offres de soin	28
2-2- Les ressources humaines	29
a-Les praticiens médicaux.....	29
b-Le personnel paramédical	29
c- Le personnel administratif, technique et de service	30
2-3- L'infrastructure.....	31
a-Le secteur public	31
b-Le secteur privé.....	33
2-4-Offre en médicaments et équipement médicaux	33
a-La production nationale de médicaments	33
b- Les médicaments génériques	34
c- Équipements médicaux	34
Chapitre II :.....	37
Le financement du système de santé en algérien	37

Section 1 : Les dépenses de santé	38
1- Dépenses publiques de santé	38
1-1-Les dépenses du ministère de la santé	39
1-2-Les dépenses de fonctionnement	39
1-3-Les dépenses de santé financées par la sécurité sociale	40
1-4-Les dépenses d'investissement	41
2-Autres dépenses de santé	41
2-1-Dépenses de santé des caisses de sécurité sociale	41
2-2-Dépenses du secteur privé en investissement	42
2-3-Les dépenses des autres départements ministériels	42
2-4-Les dépenses des mutuelles sociales	42
2-5-Les dépenses des ménages	43
3-Évolution et analyse de l'évolution des dépenses de santé	43
3-1-Évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB	43
3-3-Évolution des dépenses privées de santé en pourcentage du PIB	44
3-4-Analyse de l'évolution de la Dépense nationale de santé	45
Section 2 : Les modalités de financement du système de santé algérien	47
1-Le secteur public	48
2-La sécurité sociale	48
3-Les mutuelles ;	50
4-Les assurances privées ;	50
4-1-L'aléa moral	50
4-2-La sélection adverse	50
4-3-L'asymétrie d'information	51
5-Les institutions de prévoyance ;	51
5-1-Le secteur privé	51
5-2-Les ménages	52

Chapitre III : L'apport des usagers dans le financement des soins (cas du CHU de Tizi Ouzou)

Section 1 : Présentation du centre hospitalo- universitaire de Tizi-Ouzou.....	56
1- Historique	56
2-Les missions	57

3-Organisation administrative du CHU de Tizi-Ouzou.....	59
3-1-Conseil d'administration	59
3-2-Le directeur.....	60
3-3-Le conseil scientifique.....	60
Section 2: La contribution des malades au financement dans la santé	61
1-Le système de recouvrement de malades au financement.....	62
2-La tarification de la contribution financière des malades.....	63
2-1-Pour les hospitalisations :.....	63
2-2-Les frais de laboratoire	64
2-3-Frais de traumatisme	65
2-4-Frais de radiologie	66
3-Le ticket modérateur.....	67
3-1-Actes professionnels.....	67
3-2-Les catégories socioprofessionnelles et leurs ayants droits	67
4-Le forfait hospitalier journalier	68
Section 3 : présentation des résultats de l'enquête.....	68
1-Méthodologie et résultat de l'enquête	68
2-Analyse et interprétation des questionnaires	69
2-1-Question n° 01 : Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?.....	69
2-2-Question n°2 : dans quel établissement vous avez déjà hospitalisé public ou privé ?.....	70
2-3-Question n°3 : Dépensez-vous pour vos soins au sein du CHU de Tizi-Ouzou ?.....	71
2-4-Question n°4 : est-ce que vous avez été déjà orienté vers l'établissement public ?	73
2-5-Question n°5: est-ce que vous êtes satisfaits des soins du CHU de Tizi-Ouzou ?.....	73
2-6-Question n° 6 : comment jugez-vous les moyens mis à votre disposition ?	74
2-7-Question n°7 : est-ce que vous payez les consultations au CHU de Tizi-Ouzou ?	75
2-8-Question n°8 : lorsque vous vous sentez mal (blocage pour entrer en communication) quels sont les moyens utilisés ?	76
2-9-Question n°9 : est-ce que vous êtes satisfaits de la somme que vous dépensez pour votre santé ?	77
Conclusion	80
générale	Erreur ! Signet non défini.

Bibliographie.....	83
Liste des tableaux.....	86
Liste des figures	87