

Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou
Faculté Des Sciences Economiques, Commerciales Et Des
Sciences De Gestion
Département Des Sciences Economiques



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Economie de la Santé

Thème

Les apports de la nouvelle loi sanitaire 18-11

Réalisé par :

**NEGHLI Lamia
OMARI AISSAM**

Encadré par :

KAHRI SAMIR

Promotion : 2020/2021

Remerciements

Je tien à remercier Dieu tout puissant pour m'avoir donné le courage et la volonté de réaliser ce travail.

En tout premier lieu nous tenons à remercier Mr SALMI pour l'honneur qu'il m'a fait en m'encadrant, pour l'aide précieuse qu'il m'a donné, pour ses remarques et ses conseils qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie également les membres du jury pour l'honneur qu'ils me font en acceptant d'évaluer ce travail.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, mille mercis.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Ma mère Nadia BENTAHA

Mon père Omar NEGHLI

Ma sœur Amen

Mon frère Nabil

Mes amis Nawel AIT AMER, Ferroudja BOUADI, Fateh BOUGHERARA

Sommaire

Introduction générale.....	01
Chapitre 1 : Caractéristiques et évolution du système national de santé	
Introduction	04
Section 1 : Historique de système national de santé en Algérie	05
Section 2 : Financement et dépenses de la santé en Algérie	15
Conclusion.....	25
Chapitre 2 : Prédominance du secteur privé	
Introduction	26
Section 1 : L'émergence de secteur privé de soins	27
Section 2 : La complémentarité « public-privé »	39
Conclusion.....	47
Chapitre 3 : La nouvelle loi sanitaire 18-11 de Juillet 2018	
Introduction	48
Section 1 : La loi 85-05 (1985) et la loi 18-11 (2018).....	49
Section 2 : L'apport de la loi 18-11 de Février 2018	55
Conclusion	64
Conclusion générale	65



Introduction Générale



Introduction Générale

La santé est revendiquée dans le monde entier¹, comme un droit fondamental et une ressource majeur pour le développement social, économique, et individuel. Ce droit à la santé fait partie de l'un des principes garantis de l'individu. Selon la déclaration universelle des droit de l'homme : «toutes personne a droit à un niveau de vie satisfaisant pour assurer sa santé, son bien être, notamment pour l'habillement, l'alimentation, le logement et les soins médicaux ...etc.² »

Le droit à la santé est face à une application de plus en plus large qui engendre une augmentation progressive des couts des biens et services médicaux, de la demande de soins de santé et un déficit des assurances maladies et de la sécurité sociale.

Dans le but de remédier à ces phénomènes et de satisfaire la demande de la population en matière de santé, chaque pays dispose d'un système de santé qui met en relation l'activité des professions de santé avec celle des différents agents contribuant à son financement. Cet agencement complexe qui est le système da santé est définis comme étant un ensemble de moyens organisationnels, structurels et financiers destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

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

Depuis longtemps, le secteur sanitaire algérien est sous la tutelle de l'Etat : il se charge de la construction des organismes sanitaires, de l'élaboration des programmes de prévention et de lutte contre les maladies graves... Pour cela, jusqu'à aujourd'hui le secteur sanitaire est toujours entre les mains de l'Etat mais cela n'à pas empêché l'apparition d'un secteur privé ou les médecins exercent leur métier à leur propre compte et qui se concrétise, parfois, sous forme de grands hôpitaux dotés d'équipement d'une technologie sophistiquée et ou le malade doit payer pour se faire soigner.

De 1962 à 1986, le secteur privé ne correspondait qu'à un nombre restreint des cabinets de ville, ainsi qu'aux «maisons d'accouchement», établissement tenus par des sages-femmes à cause des contraintes qui pesant sur se secteur. A partir de 1986, le secteur de la santé a été

¹ Brahmia B : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.p401.

² Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme adopté par les nations unies en décembre 1948. In : BRUNO Palier : "La réforme des systèmes de santé, presses universitaire de France, PARIS, 2004. P7.

Introduction Générale

libéralisé et un dispositif législatif a d'abord assoupli les conditions d'installation des médecins libéraux, puis autorisé, en 1988, l'ouverture de cliniques privées. Depuis cette date, et surtout depuis les années 2000, les cliniques privées connaissent un réel développement. Bien qu'en nombre de lits elles correspondent encore à une offre hospitalière réduite, leur émergence, puis leur essor représentent un enjeu important pour l'évolution, voire la reconfiguration du système de santé algérien.

En Algérie, le secteur de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans ses deux composantes «cliniques et hôpitaux privées mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur publics.

Problématique

L'intégration du secteur privé dans le système de santé nationale est parmi les nouveautés du projet de loi sanitaire qui a consacré le principe de la complémentarité entre les secteurs publics et privés.

De ce fait notre problématique s'articule autour de la question suivante :

Quels sont les apports de la nouvelle loi sanitaire ?

Objectifs de la recherche

L'objectif principal de notre recherche est d'analyser la nouvelle loi sanitaire 18-11 tout en déterminant ses principaux apports.

Et pour ce, nous nous sommes fixées les objectifs suivants :

- Présenter le système national de santé, son financement et ses dépenses.
- Démontrer la prédominance du secteur privé.
- Etablir une comparaison entre la loi 85-05 et la nouvelle loi 18-11.

Intérêt et importance de sujet

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est d'attirer l'attention des économistes de la santé sur la complémentarité qui existe entre le secteur privé de soins et le secteur public.

Introduction Générale

Motifs de choix du sujet de recherche

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de présenter les motifs de Choix de celui-ci qui sont :

- La transition que connaît l'Algérie en l'occurrence l'émergence du secteur privé de sante ces dernières années.
- Manque des travaux universitaires sur le sujet.
- En traitant ce sujet, nous avons en l'occasion d'approfondir nos connaissances dans le domaine de l'économie de santé ce qui nous permettra de mieux exercer dans l'avenir.

La méthodologie de travail

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons adoptés une démarche de travail basée sur des notions théoriques par des recherche bibliographique qui porte essentiellement sur :

- L'exploitation d'ouvrage qui traite le système de santé en Algérie et l'émergence et développement du secteur privé.
- Exploitation des thèses et mémoire qui traitent les questions liées à notre sujet.
- Le recoure à des textes juridiques.
- L'exploitation des sites internet.

Structure de la recherche

Ce travail est composé de trois chapitres :

Dans le premier chapitre, nous allons voir des généralités sur le système national de santé

Dans le deuxième chapitre, nous allons parler de la prédominance du secteur privé et sa complémentarité avec le secteur public.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous nous intéresserons à la nouvelle loi sanitaire 18-11 en la comparant à la loi 85-05.

Chapitre 1

*Caractéristiques et évolution du
système national de santé*

Introduction

Le système de santé en Algérie durant la période de l'indépendance, fondé sur l'action curative au profit d'une population minoritaire concentrée dans les centres urbains (Alger, Constantine, Oran), était inadapté à la réalité sociale. Le système de soins a été radicalement changé sous l'ordre des pouvoirs de décision politique. Au cours des années 70.¹

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

Cependant, tous les moyens mis à la disposition de la santé publique n'ont pas abouti aux résultats espérés, ceci bien avant la survenue de la crise économique et de l'application des réformes imposées par le FMI.²

¹ http://H:/mémoire%20références/KAID_NOUARA.pdf page14

² FOND MONETAIRE INTERNATIONAL « FMI ».

Section 01 : Historique de système national de santé en Algérie

Pour une meilleure appréhension de la question et pour des raisons de compréhension nous commencerons par définir les concepts de base de l'économie de la santé.

1. Définition des concepts

1.1. Santé et médecine

Parmi une dizaine de définitions de la santé, la plus commune est celle de la constitution de L'OMS (1948) qui définit la santé comme « un état de parfait bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ». Certains proposent une conception plus dialectique où santé et maladie représentent un équilibre sans cesse remis en cause :

- D'un côté la santé, par laquelle chaque organisme utilise au mieux ses mécanismes internes de régulation et ses possibilités de lutte contre les agressions extrêmes ;
- De l'autre, la maladie, le handicap, la mort, qui représentent les expressions négatives de ces capacités.

La maladie reste le pôle privilégié des actions entreprises et la base de la répartition des moyens. Le principe est le suivant : pour améliorer la santé, il faut diminuer le fardeau de la maladie. Or, on admet de plus en plus que l'équilibre en faveur ou en défaveur de la santé dépend des influences qu'on appelle les déterminants de la santé³

1.2. Le système de santé

Le système de santé est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc.). Le choix d'un système de santé traduit les conceptions de l'Etat dans le domaine sanitaire et social (système de santé libéral, socialiste ou mixte). Il se définit par :

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et services de santé.
- Les institutions de gestion et de financement.

A cette définition fonctionnelle du système de santé, d'autres préfèrent une approche systématique plus globale des interactions et des rapports réciproques de trois sous-systèmes qui permettent d'évaluer l'efficacité. Un système de santé doit :

³ Rongement A : la santé en Europe 1 : les politiques de santé, déjà cité. P.21.

- Répondre aux besoins de santé des populations,
- Se doter d'un système de soin,
- Créer des institutions et des mécanismes durables pour son financement (de couverture des dépenses de santé).

1.3. La santé publique

Partie intégrante du secteur et du système de santé, le domaine de la santé publique représente traditionnellement la composante dévolue aux problèmes censés concerner davantage les populations que les individus.

Jusqu'à la fin des années quarante, sous l'influence des hygiénistes du 19^{ème} siècle, la santé publique s'est vue attribuée des activités de protection de la santé en œuvrant essentiellement dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles. Durant cette même période, les maladies chroniques (cardio-vasculaire, cancers, maladie rhumatismales, etc.) ont pris progressivement les devants par rapport aux maladies infectieuses et sont devenues ainsi les principales causes de morbidité et de mortalité des populations occidentales. Ce phénomène dénommé « transition épidémiologique », a eu des conséquences très marquées sur la pratique de la formation des personnels de santé notamment en Amérique du Nord.

Toute fois, vers les années soixante, le domaine de la santé publique s'est ouvert aux préoccupations plus larges du public. Des mouvements visant à favoriser la participation des citoyens à la gestion de leur propre santé et à celle du système tout entier ont émergé. C'est ainsi que le terme de santé publique a été remplacé par celui de « santé communautaire ».

Cette dernière représente une pratique de la santé publique large et participative. Les méthodes utilisées procurent une vision précise de l'importance d'un problème. Ce qui permet d'évaluer les besoins, les priorités d'intervention et les résultats des actions entreprises.

Dès le début des années quatre-vingt, la prise de conscience des menaces que font peser :

- L'émergence de nouvelles maladies transmissibles (sida, virus hémorragiques, etc.)
- La résurgence de maladie qu'on croyait en voie de disparition comme la tuberculose ou le collera.
- Ainsi que les risques bien connus liés aux modifications de l'environnement, a fait resurgir la préoccupation traditionnelle de protection dans la notion de santé publique.

De façon pragmatique, on peut donc définir la santé publique ou communautaire comme l'ensemble des « activités, consultation médicale exclue, contribuent au maintien à la restauration et à l'amélioration de la santé des individus et des groupes ». Ainsi, la stérilisation du lait, le développement et les productions des vaccins, la gestion des hôpitaux, la limitation autoritaire du taux d'alcoolémie et la vitesse au volant sont des activités de santé publique. On peut aussi considérer la santé publique comme « l'ensemble des processus visant, par une intervention structurée, à donner à tous, et notamment aux plus démunis, un minimum de chance d'accéder au progrès dans un système naturellement peu enclin à l'équité».

1.4. Le secteur de la santé

On entend par secteur de la santé, tout ce qui, dans le système socio-économique et politique, a trait, directement ou indirectement à la santé, aux structures et aux activités qui y sont liées. Aux coûts engendrés par le système de santé (privé ou publique, soins à domicile, ambulatoire ou hospitaliers) et à leur mode de gestion, il faut ajouter les nombreuses composantes très productives du secteur (emploi, industrie, assurances, PME, hôtellerie, immobilier, fiscalité, etc.). Il ne suffit donc pas de stigmatiser les coûts, il est indispensable de considérer aussi les profits directs liés à la gestion de la maladie et ceux, indirects et à plus long terme, liés à celle de la santé. D'ailleurs, les industriels furent parmi les premiers à considérer comme un investissement positif les dépenses consenties pour la protection de la santé de la main-d'œuvre.

Enfin, toute décision politique doit donc explicitement tenir compte de ces aspects, puisque l'une des raisons en est que tenir compte des « bénéfiques » matériels du secteur de la santé, ne serait ce que le salaire des médecins, peut paraître cynique face aux restrictions « imposées » aux usagers dans le but d'en limiter les coûts. D'ailleurs, en Algérie, les dépenses budgétaires consacrées au secteur de la santé sont orientées pour environ 3sur4 aux dépenses du personnel (dépenses qui augmentent la somme des salaires attribués aux médecins et qui réduisent la part des dépenses consacrées à la maladie).⁴

⁴ Cabanne C. et alii : lexique de géographie humaine et économique, ed Dalloz, 1984, page.387.

1.5. Le système de santé

C'est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc.). Le choix d'un système de santé libéral, socialiste ou mixte). Il se définit par :

- La structure et les caractères du système de soins, de l'appareil producteur et distributeur de biens et services de santé.
- Les institutions de gestion et de financement.

A cette définition fonctionnelle du système de santé, d'autres préfèrent une approche systématique plus globale des interactions et des rapports réciproques de trois sous –système qui permettent d'évaluer l'efficacité du système. Un système de santé doit :

- Reprendre aux besoins de santé des populations,
- Se doter d'un système de soin,
- Créer des institutions et des mécanismes durables pour son financement (de couverture des dépenses de santé).

1.6. Le Système de soin

C'est une partie du système de santé qui correspond à l'offre de soin. L'organisation et les caractères de la distribution des soins sont considérés d'un pont de vue administratif, juridique, et économique, social et spatial.

Le système de soin peut ainsi défini comme l'ensemble des services, des structures et des règles ayant pour fonction de prévenir la maladie, de soigner et de réadapter les personnes malades. Il s'appuie sur les acteurs essentiels que sont le personnel de santé et les structures collectives d'hébergements des malades (hôpitaux et cliniques).

1.7. Economie de la santé

C'est une discipline récente. Elle a pour objet « l'étude systématique des choix effectués par les individus en matière de comportement à risque, de préventions et des traitements des maladies, lorsque les prix, les coûts et les revenus changent »⁵

Des économistes comme M.GARDEAU(1981), A. BRANCIARD et P.HUARD(1989), J. BRUNET-JAILLY (1991), Y.MOREAU (1992), B.MAJNONI D'INTIGNANO (1989,1993)

⁵ PHELPS C. les fondements de l'économie de la santé, Ed publi-union, 1995.P.7.

admettent que le problème de l'efficacité de l'emploi des ressources consacrées au secteur sanitaire est désormais essentiel.

Cependant, cette définition admet une limite qui est la suivante : « les travaux d'économie de la santé ont surtout un caractère descriptif, hypothétique et évaluent plus ou moins les coûts. Par contre, l'évaluation de l'efficacité échappe en partie au regard de l'économiste car elle relève des compétences du médecin. Selon P. HUARD (1987) le besoin croissant de rationalisation du système sanitaire et les enjeux qui lui sont liés, se trouvent au coeur de l'articulation sensible entre économie et santé. L'économie de la santé appelle trois questions fondamentales :

1- La question du lien apparemment contradictoire entre l'économie et la santé (économiste et médecin) ou s'instaure un dialogue difficile.

2- La question de l'opposition entre la recherche de la bonne allocation des ressources, l'efficacité des sommes investies dans le système sanitaire et la quête de la justice sociale qui touche à la santé d'une population. La crise économique actuelle raréfie les ressources disponibles et oblige donc à des choix souvent difficiles en termes d'offre de soins ou de couverture sociale. Cette situation risque d'accentuer les inégalités sociales dans ce domaine.

3- Enfin la question du problème apparu ces dernières années à travers les situations délicates où la vie des individus a été sacrifiée à l'efficacité de décisions trop « économiste ». L'évocation de ces trois problèmes témoigne incontestablement de la richesse et de la complexité de ce vaste domaine que constitue l'économie de la santé. L'analyse de la politique de santé devrait intégrer d'autres approches telles que la sociologie, la psychologie et l'histoire. Pourtant, depuis l'apparition de l'ouvrage « fondateur » du professeur Joseph BRUNET –JAILY (1968), les écrits et les débats dans ce domaine sont devenus abondants et complexes.

La croissance des coûts sociaux devient depuis les années quatre-vingt un handicap majeur à l'expansion économique et la crise économique risque de remettre en cause un secteur bien dynamique. Il est impossible d'analyser les mécanismes de régulation du système sanitaire sans se prononcer sur leur justesse (et leur justice). Le critère d'équité semble fondamental pour évaluer la portée des politiques de rationalisation des dépenses de santé. Toute action de régulation (de contrôle des coûts sanitaires) appelle à une réflexion par apport à :

- **L'efficience** : d'autres stratégies n'auraient-elles pas été possibles en créant un résultat meilleur ?
- **L'équité** : quelles incidences et quels effets sur l'accès aux soins des divers groupes a eu telle ou telle mesure de restriction ?⁶

2. Historique et caractéristiques de système de santé en Algérie

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962 ce qui engendre à avoir plusieurs changements dans le système de santé.

Quatre périodes essentielles s'étendant schématiquement de 1962 à 1973, de 1974 à

1988, de 1989 à 1999, et de 2000 à aujourd'hui, ont marqué l'évolution de notre système de santé.

Avant l'indépendance l'introduction graduelle de la médecine moderne les colons dévolus dans un premier temps au service de l'armée, et destinée principalement à la population européenne, qui a fini par gommer au fur et à mesure de son extension, la pratique ancestrale de médecine traditionnelle qui elle-même traite en grande partie ses origines de la médecine arabe.

Durant la période coloniale, l'accès aux soins était inéquitable, et les indigènes étaient particulièrement défavorisés.

2.1. La phase 1962-1973: vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics

A l'indépendance du pays, le système de soins de santé a été littéralement manquant de ressources humaines avec le départ massif des praticiens européens et devenait inopérant, le manque de médecins et des personnels de la santé paralysait le fonctionnement des structures sanitaires en place. Par ailleurs la répartition géographique était déséquilibrée.

Hôpital -centriste, répartie au Nord, dans les villes, dans les grandes métropoles et dans les zones agricoles riches, couvrent ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins. Avec 9 millions d'habitants (dont 85% de ruraux), la situation sanitaire en 1962 était marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence

⁶ Tanti –Hardouin N : économie de la santé, Ed. Armande colin ;1994 .pg12.

d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.

Le système de santé était livide suite au départ massif des médecins, pharmaciens et cadres de santé français, (dont le nombre est passé de 2 500 à 630 médecins, avec moins de 300 médecins d'origine algérienne) .Le chantier de la reconstruction du système de santé, pour répondre aux besoins sanitaires de la population algérienne était colossal, en terme,⁷ à la fois de structures à construire, et de facteur humain à former comme l'attestent les indicateurs de santé publique de référence suivants :

Mortalité infantile très élevée : 180/1000 en milieu urbain.

- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans.
- Densité de 1,2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants.
- Densité de 1 à 2 chirurgien-dentiste / 100 000 habitants.
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants.
- Accès aux soins difficiles pour les populations rurales.

2.2. La phase 1974-1988 : Période de la gratuité des soins de santé

Le 1er choc pétrolier en 1973 et 2em choc pétrolier en 1979, hausse des cours du pétrole sur le marché international, évolution des recettes fiscales de l'Etat (98%des recettes fiscales sont des recettes pétrolières).

Cette période est caractérisée par une absence d'adaptation du secteur de la santé à la double transition démographique et épidémiologique en cours en Algérie du fait de la crise économique et sécuritaire qui fait passer la santé au second plan des priorités de l'Etat algérien.

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

Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973 instituant la gratuité des soins, la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie

⁷ BRAHMIYA B :la dynamique du système de santé algérien, Bilan perspectives, thèse de doctoral, l'université de Montpellier I, 1991, page 99.

et chirurgie dentaire (1000 médecins par an) ou encore la programmation sanitaire du pays (PSP) en 1975 avec l'adoption de normes de santé :

- un centre de santé pour 6 à 7000 habitants ;
- une polyclinique pour 15 à 25.000 habitants ;
- un hôpital par daïra un hôpital par wilaya.

2.3. La phase (1989-1999)

A la fin des années 80, La politique volontariste mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal, en raison de la chute des revenus pétroliers, et baisse des recettes fiscales de l'Etat et épuisement des réserves du fonds de régulation, cessation de paiement (la crise de l'endettement)

Mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements), Celui de la santé connaît un net recul dès 1986/87 Le mécontentement des patients et usagers et des personnels de santé face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'Etat à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers (années 90).

Cependant, cette libéralisation se fait sans encadrement juridique. Par ailleurs, la plupart des praticiens du privé n'est pas conventionnée avec l'Assurance Maladie et les tarifs des actes pratiqués par le secteur privé sont très supérieurs aux barèmes de remboursement en vigueur qui n'ont pas été suffisamment réévalués.

De ce fait, la quasi-totalité des frais encourus auprès des médecins privés restent à la charge des ménages.

2.4. La phase 2000 à nos jours : (la période des réformes)

La volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme. Caractérisée par une amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à la situation favorable des prix du pétrole et des recettes fiscales de l'Etat.

Depuis 1999, avec l'arrivée du président Bouteflika qui soutient et relance l'économie, les indicateurs de santé publique connaissent une amélioration significative : Rattrapage sur le

plan infrastructurel : nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale

- Maintien des réformes (contractualisation et libéralisation total, émergence des cliniques privées...⁸
- Reprise encore fragile des excédents depuis 2002 :
- renforcement des dispositifs tiers payant (la sécurité sociale, médicament, carte CHIFA Volonté de rééquilibrage de la couverture sanitaire à travers le pays notamment grâce au service civil imposé aux médecins spécialistes :
- en 2007, 3 174 médecins exercent dans le sud du pays et dans les hauts plateaux contre 387 en 1999.
- Elargissement du conventionnement (maladies cardiovasculaires, médecin de famille).

A partir des années 2006, plusieurs groupes de travail ont élaboré des documents relatifs à la problématique du cancer et de nombreux investissements, en ce qui concerne les équipements ont été mis en œuvre.

Toutefois, peu d'attention a été accordée aux problèmes de la maintenance des équipements et des axes stratégiques tels que la formation, la recherche, l'évolution et la prévention n'ont pas été pris en considération.

Actuellement, le système public de santé doit répondre à une demande de plus en plus exigeante par une classe moyenne en expansion continue en même temps qu'il doit s'adapter à la nouvelle donne des MNT (maladies non transmissibles) dont le cancer, qui exigent à elles des ressources plus importantes et une organisation sanitaire mieux adaptée

- Volonté de rééquilibrage de la couverture sanitaire à travers le pays notamment grâce au service civil imposé aux médecins spécialistes : en 2007, 3 174 médecins exercent dans le sud du pays et dans les hauts plateaux contre 387 en 1999.
- Elargissement du conventionnement (maladies cardiovasculaires, médecin de famille).

A partir des années 2006, plusieurs groupes de travail ont élaboré des documents relatifs à la problématique du cancer et de nombreux investissements, en ce qui concerne les équipements ont été mis en œuvre.

⁸ LAMRI larebi, financement de la santé en Algérie : université d'alger : [http ;//www.ressrna.ma/doc%5CSYTENE%20Algerie-finacement.pfd](http://www.ressrna.ma/doc%5CSYTENE%20Algerie-finacement.pfd).

Chapitre I Caractéristiques et évolution du système national de santé

Toutefois, peu d'attention a été accordée aux problèmes de la maintenance des équipements et des axes stratégiques tels que la formation, la recherche, l'évolution et la prévention n'ont pas été pris en considération.

Actuellement, le système public de santé doit répondre à une demande de plus en plus exigeante par une classe moyenne en expansion continue en même temps qu'il doit s'adapter à la nouvelle donne des MNT (maladies non transmissibles) dont le cancer, qui exigent à elles des ressources plus importantes et une organisation sanitaire mieux adaptée.

Section 02 : Financement et dépenses de la santé en Algérie

Dans cette section on va présenter un aperçu historique sur le système de santé en Algérie ainsi que les modalités de son financement et les différentes dépenses de santé.

1. Historique de financement de santé en Algérie

Le financement de la santé demeure une préoccupation importante, il est passé par des différentes périodes.

1.1. Période avant l'indépendance

L'Algérie fut soumise à une colonisation de peuplement qui a profondément détruit ses structures sociales et économiques traditionnelles en faveur d'un système colonial dans lequel la population indigène était placée sous un statut juridique, social et économique, de citoyens de seconde zone. En effet, jusqu'en 1948, les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'indigénat et les territoires majoritairement habités par des populations indigènes étaient exclus du droit français pour relever d'un statut particulier de communes mixtes, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons.

La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué, par la violence de l'affrontement, à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens. La destruction d'infrastructures de base, la mort de plusieurs centaines de milliers de personnes ainsi que le déplacement de plus de deux millions d'autres, ont ruiné la population indigène et contribué à la détérioration profonde de sa situation sanitaire.

1.2. Période du financement mixte (1962-1973)

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

L'Etat et les collectivités locales interviennent pour 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières et des AMG.

Les malades démunis qui constituent la quasi-totalité 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.⁹

1. La Caisse de Sécurité Sociale prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salaires et de leurs ayants droit.

2. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30 % du prix de journée.

Les personnes autonomes en matière de prise en charge sont les professions libérales, les petits industriels, agriculteurs, et les commerçants qui règlent directement leurs dépenses de santé. Leur participation ne représente que 10 % des dépenses de santé.

1.3. Période de la gratuité (1974-1988)

Face à la demande d'une population en grande partie démunie, l'Etat institue la gratuité des soins dans les structures publiques de santé à partir de janvier 1974.

Durant la décennie 1980, en raison de la baisse de la rente pétrolière et de l'endettement de l'Algérie et l'augmentation de la demande des soins en raison de la gratuité de soin résulte d'une augmentation des dépenses de santé, par conséquent les autorités publiques ont été obligées de faire des ajustements de l'organisation sanitaire.

- Option socialiste/volonté politique visait la construction d'un système national de santé ;
- Institution de la médecine gratuite/accès égale ;
- Blocage institutionnel du secteur privé, monopole de l'Etat sur les médicaments/équipements médicaux ;
- Mise en place de la budgétisation ;

Tous les établissements publics de la santé sont organisés en secteurs. Dans le cadre des infrastructures, le taux de réalisation des hôpitaux a été le plus élevé (57 % des investissements), alors que sanitaires et reçoivent un budget de fonctionnement (plus tard en SS, CHU, EHS).

⁹ NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, P56.

La réalisation des structures décentralisées n'a abordé que 20 % des investissements. En ce qui concerne dérisoire « car, la politique de prévention (la proximité aux institutions légères de soins de santé de base) était marginalisée pendant cette période ».

1.4. Période de contribution des ménages et des réformes de 1988 à nos jours

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI en raison des difficultés économiques auxquelles elle était confrontée.

En matière de politique de santé, les objectifs du budget des secteurs sanitaires consacré aux polycliniques et centres de santé est 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.
- La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter les déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat.

Cette politique se traduit essentiellement par une double action : Action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts. Action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

Cependant, 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 :

- Au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en delà des honoraires réellement perçus par les médecins.
- Une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour, non remboursables.¹⁰

¹⁰ NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, op.cit, P56-58.

2. Modalités de financement de santé en Algérie

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

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 de soins. Les modalités de contribution peuvent être définies par des conventions bilatérales et multilatérales.

Les services et actions de santé sont financés par :

- l'Etat ;
- les organismes d'assurance 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.

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".

Alors on peut dire que les modalités de financement sont basées essentiellement sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la Caisse Nationale des Assurances Sociales, ainsi que sur une contribution de plus en plus importante des ménages.¹¹

¹¹ NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, op.cit, P56.

2.1. Secteur public

Le financement de système de santé Algérien est caractérisé de secteur public dominant, sous tutelle de l'Etat, qui assure toutes les fonctions du système de santé (financement, prestation, régulation, etc.).

2.1.1. Trésor public

L'Etat prend en charge, par l'intermédiaire des ressources fiscales, les dépenses de prévention, déformation et de recherche médicale ainsi que les soins que prodigués aux indigents, aux démunis et ceux ne disposant d'aucune couverture maladie. La participation de L'Etat pour garante la solidarité nationale et la cohésion sociale d'une part, et la pérennité de ses avantages de puissance publique en matière de planification et de régulation d'autre part.

2.1.2. Sécurités sociales

L'un des acteurs de financement de système de santé en Algérien. L'assurance maladie demeure la méthode de financement des soins de santé car les risques sont partagés par un nombre important d'individus. La sécurité sociale couvre 90 % de la population algérienne.

Ces dernières plusieurs 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 accède aux services de soins de santé aussi bien publique que privé.

Les patients sont remboursés à 80 % sur le tarif officiel des consultations externes dans le secteur privé, alors que les prix dans ce secteur ont quadruplé. Ce qui conduit à une augmentation des dépenses personnelles et à un système de santé à « deux vitesses », dans lequel, seules les catégories plus au moins aisées peuvent recourir aux services du secteur privé. Selon la CNAS, ce dernier effectue deux paiements:

- Forfait hôpitaux au ministère de la santé et de la population
- Remboursements des patients pour les services et médicaments dispensés par le secteur privé.¹²

¹² NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, op.cit, P87.

La couverture sociale est actuellement gérée par cinq caisses nationales : CNANR, CNR, CASNOS, CNAC, et CACOBATPH, placées sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, et qui ont le régime juridique d'Etablissement public à gestion Spécifique, c'est-à-dire soumises au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers. Le régime de protection sociale algérien est un régime compliqué et étendu qui comprend qui, en 1999, avait un taux de couverture de la population du 87,4 %. Les dépenses de la sécurité sociale dans le 2000 s'élevaient à près de 186 milliards de DA. Ces dépenses de la sécurité sociale (CNAS et CASNOS) ont augmenté pour l'année 2014 à l'ordre de 300 milliards de DA.

Les déférents financements de la sécurité sociale qui ont été établies en 2014 sont :

- 60 % 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 10200 000 cartes qui couvrent près de 34 millions d'assuré sociaux et leur ayant droits
- Le nombre de malades chroniques inscrits à la sécurité sociales est de 3000000.

2.1.3. Les ménage

Les ménages contribuent au financement de la santé en aux réglant établissements de santé les frais de soins et de séjours prodigués, en tout ou une partie. La participation des ménages peut prendre différentes formes principalement : Le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraire.

2.2. Le secteur privé

Le système de santé est caractérisé de secteur privé à but lucratif, peu développé, caractérisé par son fonctionnement indépendant et autarcique. Dans le système de santé algérien actuel, le financement prive se fait par les primes des employés qui versent aux compagnies d'assurance maladies et ce là se fait à travers deux manières : titre individuel, titre collectif. Au secteur privé les prestations sont en grande partie à la charge du malade, à l'exception de la chirurgie

cardiaque et de l'hémodialyse qui sont remboursés à des taux très inférieurs aux montants payés.¹³

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

3. Dépenses de la santé en Algérie

Les dépenses de santé ont connu une évolution importante, celle-ci croissant à un rythme historiquement supérieur à celui du PIB. Cette situation a donnée naissance à l'instauration des politiques de maîtrise des dépenses de santé, qui est affichée partout comme l'un des éléments majeurs d'une politique de santé.

En Algérie, à l'instar des autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses de santé se pose avec acuité ces dernières années. L'Algérie a connu l'émergence du problème des couts de la santé et de leur évolution alarmante à partir de la fin des années

1980, suit au ralentissement de la croissance économique et à la contraction des ressources nationales ainsi qu'aux difficultés de financement des caisses de la sécurité sociale. Même si les dépenses de santé en Algérie (près de 6% en 2010 de PIB). Le taux de croissance de ces dépenses a été très soutenu, à la suite de la conjonction de plusieurs facteurs ; vieillissement démographique, transition épidémiologique et démographique, l'évaluation de niveau de vie des individus, multiplication d'infrastructures sanitaires et généralisation de la couverture sociale.¹⁴

C'est pour cette raison que plusieurs mesures ont été mises en place ces dernières années, par les pouvoirs publics, pour tenter de limiter la croissance de ces dernières Le budget de la santé est passé de moins de 4 % du PIB à presque 7 %. Cette augmentation considérable des budgets de santé depuis 1970 jusqu'à 2011, ne s'est pas réalisée en continu mais par vagues successives brutales causant des ruptures de fonctionnement et générant des dépenses de santé financées à hauteur de 80 % par l'état algérien. Cette diminution des dépenses de santé a été le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du plan d'ajustement structurelle (PAS) :

¹³ ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science économiques, université AMira de Bejaia, Mai 2012,P38.

¹⁴ *Ibid.* P38

La limitation des embouches et l'investissement dans le secteur de la santé. En valeur, les dépenses nationales de santé ont connu d'importantes augmentations, Et plus de 365,94milliards de DA en 2014.

3.1. Typologie des dépenses de santé

Il existe plusieurs catégories de dépenses :

3.1.1. Les dépenses publiques de santé

Les dépenses publiques de santé, sont la somme 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.

3.1.2. Les dépenses privées de santé

Les dépenses privées de santé comprennent les dépenses des assurances et des tiers payants autres que la sécurité sociale, les services de santé, obligation ou non, dispensés par les employeurs et les entreprises, les soins de santé financés par des organismes sans but lucratif et des organisations non gouvernementales, les investissements privés en faveur d'établissements de soins et des dépenses directes des ménages.

3.2. Facteurs d'accroissement des dépenses de santé en Algérie

Les nombreuses études économiques réalisées sur les facteurs d'évolution des dépenses de santé retiennent un ensemble de facteurs pouvant expliquer l'évolution des dépenses de santé. Ces facteurs sont:

- Développement des constants de l'offre de soins (publique et privée).
- Croissance démographique, urbanisation et décentralisation du système de santé au cours des cinquante dernières années, l'augmentation du niveau de vie est la première raison de l'augmentation des dépenses de santé.
- Intégration de technologies innovantes des soins :
- La croissance des dépenses de santé est également tirée à la hausse par les innovations médicales qui se traduisent par un enrichissement du panier de biens et services de santé offerts.
- Couverture sociale étendue et prédominance du financement à caractère public :

- Dans les années 1960-70, l'extension de l'assurance maladie obligation à l'ensemble de la population et développement de l'assurance complémentaire dans les années plus récentes traduit une modification importante dans l'accessibilité au système de santé.¹⁵
- Amélioration du niveau de vie des Algériens :

Le niveau de vie c'est un déterminant essentiel de la demande de soins de santé puisque la consommation de soins dépend de la structure par âge de la population.

Transition sanitaire engendrant le cumul d'une double charge de morbidité ;

Tendance importante vers la spécialisation des praticiens.

3.3. Les forces et les faiblesses du SNS

Dans ce point, nous allons présenter les différentes forces et faiblesse du système national de santé.

3.3.1. Les forces

- Universalité et gratuité des soins grâce à une solidarité nationale (cotisation) ainsi qu'une bonne continuité des soins.
- Couverture géographique homogène en termes d'infrastructures : structure de santé de proximité (salle de soins, polyclinique, cabinet médical privé)
- Réseau d'infrastructures hospitaliers (CHU, EHS, hôpitaux généraux, établissement privé) ayant un nombre de lits suffisant pour répondre à la demande de la population.
- Potentiel en personnel médical et paramédical en nombre suffisant quoique mal réparti.
- Programmes de prévention des maladies transmissibles et de maîtrise de la croissance démographique : amélioration des indicateurs.
- Cependant, ces points positifs ne doivent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système de santé au risque de remettre en cause les deux principes fondamentaux que sont l'accessibilité et l'équité.

¹⁵ ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, op.cit, P38.

3.3.2. Faiblesses

- Surconsommation des prestations et médicaments (gaspillage).
- Patients moins responsables sur la gestion et le contrôle du système.
- Contribution direct de plus en plus importante.
- Problèmes de gestion et financement insuffisant.
- Manque de personnels et d'équipements médicaux adéquats et départ des spécialistes publics, vers un secteur privé en pleine expansion.
- Etablissements de santé peu impliqués dans l'élaboration des programmes de santé, en raison d'une trop grande centralisation des organes de décision.¹⁶
- Diminution de la part du PIB consacrée à la santé alors que les besoins sanitaires ont augmenté.
- Cette accumulation de problèmes, et les nouveaux défis prochains, rendent nécessaire la mise en œuvre d'une politique de santé plus cohérente, susceptible de mieux répondre aux exigences de la situation.

3.4. Défis du système de santé et enjeux

Le système actuel se caractérise par son éclatement :

- Développement rapide d'un secteur privé sans maîtrise ni coordination.
- Manque de complémentarité entre secteur public et secteur privé des soins.
- Difficultés d'accès aux services publics des soins et honoraires des prestataires privés très faiblement remboursés.
- Les abus du temps complémentaire accordé aux praticiens a altéré la crédibilité du secteur public.
- Absence de procédures managériales efficaces et faible gouvernance.

¹⁶ Docteur ALI AIT MOHAND « le système national de santé (SNS) », département de médecine, 2017, page 30-31

Conclusion

L'Algérie à tracer des méthodes pour 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.

La transition démographique se traduit par une croissance rapide de la population ainsi une hausse de volume des décès. Les enfants et les jeunes constituent une majorité de la population Algériens.

Une transition épidémiologique se traduit par Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses (hydriques, tuberculose...). Une augmentation régulièrement et soutenue des pathologies chroniques, dites «modernes» (cardio-vasculaires, diabète...). Une augmentation alarmante des pathologies graves et très lourdes à prendre en charge (cancers, maladies métaboliques...).

Une forte prévalence des accidents domestiques et de la route qui nécessite de prendre en charge des traumatismes lourds avec d'importantes moyens chirurgicaux.

Chapitre 2



La prédominance du secteur privé



Introduction

La crise économique qu'ont connue les pays en 1986 suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendante à 97% des hydrocarbures. Cette crise a précipité le processus d'ouverture de l'économie à l'investissement privé. Ce choc exogène a aussi réduit sensiblement les ressources financières du pays et n'a pas permis la production d'un secteur public dominant et surdimensionné. Les difficultés budgétaires de l'Etat entraînent un freinage de la création de l'emploi dans la fonction publique.

L'ouverture du secteur privé était plus que nécessaire, dans le secteur de la santé. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin de service civil, et la suppression du zoning¹⁷, Le secteur Privé passe alors de la contrainte à la liberté.¹⁸

¹⁷ Mesure par les médecins à s'installer dans des zones géographiques définies par les pouvoirs publics afin d'assurer une répartition équilibrée des professionnels de santé sur le territoire.

¹⁸ Oufriha FZ. (2002). « Système de santé et population en Algérie ». Editions ANEP, Alger

Section 1 : L'émergence de secteur privé de soins.**1. La privatisation de l'exercice médical en Algérie**

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation sont strictement interdites, limitées par la mise en place de certains critères :

1.1. Les contraintes qui pèsent le secteur privé de soins

Le mode d'exercice des professions médicales a constitué dès le départ une pierre d'achoppement à la mise en place du service national de santé tel que postulé. Aussi l'histoire de l'exercice de la médecine, privée va être celle d'un affrontement ouvert ou larvé aux pouvoirs publics qui ont manifesté très tôt leur volonté interventionniste. Cette dernière qui se heurtera à une forte opposition prendra alors des formes différenciées en fonction du rapport de force des deux courants identifiés.¹⁹

Ce sont les premières années de l'indépendance qui voient les affrontements les plus durs à ce sujet. L'instauration d'un service civil de deux ans, pour tout le corps médical, provoque une crise ouverte que l'ordonnance de 1966, compromis entre les différentes tendances, va transformer en un service civil préalable uniquement aux nouvelles installations. Les anciens moudjahidine en sont dispensés aussi de façon paradoxale. Mais là ne s'arrêtera pas tous les privilèges dont ils vont bénéficier.

L'étatisation ainsi amorcée apparaît alors plus comme une sanction ou une brimade que le référent, offert comme modèle de socialisation. C'est l'amorce d'un vaste mouvement de brain-drain dont va bénéficier principalement la France. Jamais entièrement recensé, il va se réactiver en toutes les périodes de tension ou de crise soit du système de santé soit de façon plus large du système économique et social. Pour arrêter l'hémorragie d'un personnel encore trop rare, les possibilités d'installation sont assouplies en 1969. Elles restent toute fois conditionnées par l'exercice préalable d'un service civil à plein temps, porté alors à cinq ans.

Mais ce régime du plein-temps obligatoire et donc imposé ne peut se superposer au plein temps permanent délibérément choisi. Par ailleurs les médecins privés sont astreints à une mi-temps obligatoire dans un service public.

¹⁹ OUFRIHA Fatima Zohra, *la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?*, revue de cahier de CREAD, n°35-36 «3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1993, pages 13- 15.

L'articulation et l'interpénétration secteur public secteur privé est donc réalisée par le double système du service civil et de la mi-temps. L'affrontement tourne donc essentiellement autour de la possibilité ou de l'impossibilité de s'installer à titre privé qui conditionne le mode d'exercice libéral pour les médecins et à contrario de l'étatisation pour les décideurs publics²⁰.

1.1.1. L'autorisation de s'installer

Délivrée par une commission centrale d'affectation des médecins siégeant au niveau du ministère. Un des objectifs affichés à cet égard est de parvenir à un meilleur équilibre régional et de faire fonctionner toutes les structures publiques de l'intérieur du pays.

1.1.2. Modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé

(La mi-temps)²¹ s'inscrit, elle aussi, dans la même démarche, et la même vision de couverture du pays de structures publiques de façon équilibrée.

Dans la réalité on peut dire que de 1962 à 1980 c'est une période d'intégration plus ou moins forcée au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date c'est une nette consécration de l'exercice à titre privé, et le début d'une phase d'intégration consensuelle.

1.1.3. La mise en place d'un zoning

L'exercice privé maintenu implicitement puis explicitement cesse d'être Un privilège octroyé pour devenir un choix offert y compris aux hospitalo-universitaires... Cette possibilité reste toutefois tout à fait théorique pour ces derniers dans la mesure où leur sont interdites les installations dans les villes universitaires par suite de la mise en place d'un zoning. Ce dernier comporte en effet une modulation de la durée du service civil (de deux à cinq ans). Compte tenu de quatre zones géographiques, à priorité croissante en fonction de leur situation plus ou moins favorable. La zone une, jugée prioritaire parce que la plus défavorisée, donnant lieu au service civil le plus écourté. Ce qui attire les candidats à l'installation rapide mais provoque une plus grande instabilité des professionnels de soins.

²⁰ *Idem*

²¹ Choisir la mi-temps, c'est accepte d'exercer le matin dans un service public moyennant une rémunération symbolique pour pouvoir travailler dans son propre cabinet l'après-midi.

1.2. La liberté totale : La levée de toutes les contraintes

La dérégulation par abandon de toutes les procédures de régulation centrale qui avaient permis un certain équilibre régional est entamée, à ce niveau, à partir de 1985 avec la fin de la mi-temps, du service civil puis du zoning.

Toutes les entraves à l'installation à titre privé sont alors levées y compris pour les hospitalo-universitaires, qui peuvent exercer leur art, justement dans des cliniques privées qui longtemps interdites, sont alors autorisées. L'état non seulement ne cherche plus à "contraindre" les médecins à rejoindre le secteur public mais au contraire les pousse à s'installer à titre privé.

Le revirement doctrinal en la matière qui concerne l'entière économie, se conforte dans le domaine par des contraintes financières aiguës tant au niveau du budget de l'état qu'à celui de la sécurité sociale.

Finalement la levée de l'ensemble des mesures avoir donné une configuration nouvelle au secteur privé : quantitative et qualitative coercitives ou volontaristes ces dernières années, semble. L'articulation publique privée prend donc un contenu totalement différent. Elle s'oriente vers un nouveau découpage des activités et des fonctions.

2. La privatisation des personnels de soins

La privatisation de la médecine en Algérie s'est faite en deux étapes :

- **Première étape** : c'est tout d'abord la privatisation de l'exercice médical par la levée de toutes les contraintes qui pesaient jusque-là sur l'offre : autorisation de s'installer, zoning etc., sont alors supprimés dès 1986. Elle concerne donc le mode d'exercice des professions médicales et au-delà leur mode de rémunération.

- **Deuxième étape** : c'est ensuite l'autorisation d'ouverture des cliniques privée à partir de 1990. Le mouvement est d'abord timide, mais semble prendre de plus en plus d'ampleur ces dernières années.

Cette privatisation de l'exercice s'est faite sur la base de reconduction des ces principes: paiement à l'acte, pas de frein ni de mécanismes de régulateurs sur les prescriptions

2.1. Règlementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirurgiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes

La privatisation de l'exercice médical en Algérie est déclarée officiellement par les articles suivants : art. 197- 202 sur les conditions et régimes d'exercice de professions de santé à titre privé, suivant de l'article 203 qui précise en particulier, à réaliser une couverture sanitaire nationale équilibrée, et ce, dans la cadre de la carte sanitaire, décret du 15 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé²².

Jusqu'à nos jours, aucune loi n'est instaurée pour le suivi des ces installations à titres privés, d'ailleurs aucune forma de régulation n'a été déjà faite pour le régime privé de l'exercice libéral, les seules sanctions que peut subir un médecin exerçant à titre privé est une fermeture de son cabinet qui ne dépasse pas les trois mois suite à une faute professionnelle voir médicale.

En plus de la quasi inexistence d'un cadre de régulation pour la médecine libérale en Algérie, la carte sanitaire, qui est considérée comme étant un outil de planification quantitative, dans la mesure où elle détermine la nature et l'importance des moyens, des installations et des équipements sanitaires à mettre en place dans une région ou dans un territoire, n'intègre pas le secteur privé (médecine libérale et cliniques privées). Aujourd'hui, on ne peut plus parler de planification sanitaire pertinente sans la prise en compte du secteur privé qui concentre à lui seul plus de 60% des médecins spécialistes. On peut dire donc cette situation est à l'origine d'une mauvaise répartition spatiale des professionnels de santé.

2.2. L'offre de soins

L'OMS (2000, p.87) stipule « *les ressources humaines, c'est-à-dire les différents types de personnels cliniques ou autre permettent de réaliser chacun des actes individuels et chacune des interventions de santé publique, sont les principaux apports d'un système de santé. La performance d'un système de soins dépend, en dernière analyse, des connaissances, compétences et motivations des personnels responsables de la prestation des services* »

²² ZIANI, Zouina, *la problématique de la régulation de la médecine libérale : références à des expériences et enquête auprès de médecines libérales de la wilaya de Bejaia*, mémoire de master en science économie. Université de Bejaia 2012 /2013 .p.25, disponible sur : www.univbejaia.dz/.../La%20problématique%20de%20la%20régulation%20de%20la (consulté le 06/12/2021).

En Algérie, l'offre privée concerne un grand nombre de spécialités médicales. Le nombre de médecins spécialistes du secteur libéral a connu une évolution de 50% entre 1999 et 2006, avec un taux de croissance moyen de presque 6% sur la période.²³

3. L'apport de l'émergence du privé dans le secteur de la santé.

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif dans ses deux composantes : cliniques privées et médecine de ville, mettant ainsi fin à l'hégémonie durant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté avec un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements qui nourrissent un secteur privé en pleine croissance. Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle :

- Une transition économique mal assumée ;
- Une transition sociologique avec une forte urbanisation ;
- Une rapide transition démographique et une transition épidémiologique avec une part croissante des maladies chroniques, non transmissibles et des accidents.

Le secteur privé a connu une forte dynamique durant ces deux dernières décennies. La médecine libérale connaît une extension surtout dans certaines spécialités où l'offre privée est supérieure à l'offre publique à l'exemple de la radiologie, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL.

En revanche, la médecine générale connaît des limites dans son extension. Les cliniques privées comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire sont des entités avec de nouvelles méthodes d'organisation et de travail. Ces pratiques sont en rupture avec les anciens modes de fonctionnement dans le secteur de la santé, créant ainsi une dynamique nouvelle entre médecins et patients. Ces structures attirent aussi bien les médecins, en quête de compléments de revenus, que les patients à la recherche d'une rapide prise en charge, évitant les longues attentes dans le secteur public.

Dans ce contexte spécifique, la clinique privée est présentée comme le contre-exemple de l'hôpital public. Ces organisations sanitaires basées ontologiquement sur le mode réseau sont

²³ ZEHNATI Ahcen, *les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales*, Université de Béjaïa, p 1, disponible sur : <https://www.gdri.dreem.free.fr/wp-content/a2-1zehnati-ahcene-communication.pdf>, (consulté le 12/12/2021).

devenues le noyau autour duquel gravitent les professionnels de santé de différents statuts. De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé.

Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs du système de soins au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers. Elles opèrent dans un contexte de forte contrainte qu'est celui de l'absence d'une prise en charge par la sécurité sociale des dépenses de soins dans le secteur privé. Cela limite la taille du marché et accentue la concurrence entre les cliniques pour attirer les compétences médicales et les patients. Dans ce contexte précis, l'activité et la rentabilité des cliniques semblent fluctuantes.

4. Les causes de l'émergence de secteur privée de soin en Algérie

L'émergence et le développement des cliniques privées qui viennent d'être décrits ont eu lieu dans un contexte propice, qu'il s'agisse de la situation macro-économique ou de la configuration du système de santé. L'analyse de ces éléments de contexte permet à la fois de comprendre pourquoi le législateur a ouvert ce secteur privé précisément à la fin des années 1980 et de repérer ce qui a rendu possible son développement.

4.1. La transition économique : le passage d'une économie planifiée à une économie de marché

À la fin des années 1980, l'Algérie est marquée par des mutations de son cadre économique global, à travers le passage d'une économie planifiée à une économie de marché où la liberté d'investir est mise en avant comme un levier du développement. Ce mouvement de libéralisation s'accroît en 1994 avec le «début de l'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du fonds monétaire international (FMI).

La privatisation est présentée comme une source d'efficacité et une solution aux difficultés économiques par opposition au secteur public, source de gaspillage et d'inefficacité à tous les niveaux. Le secteur de la santé a été, comme les autres secteurs, concerné par ces nouvelles orientations économiques, et la loi de mai 1988 qui autorise les cliniques privées s'inscrit dans cette logique de développement d'entreprises privées.

De façon très opérationnelle, l'émergence des cliniques privées a été favorisée par un système général d'appui et de soutien à la création d'entreprise qui a été mis en place au début des

années 1990. En 1993, le code des investissements consacre la liberté d'investir; il est accompagné par une série de dispositifs fiscaux et parafiscaux. Ces dispositifs ont conforté les intentions d'investissement et la faisabilité financière des projets privés en Algérie, dont les projets de cliniques privées. Ce système d'aide a été renforcé dans les années 2000 par les pouvoirs publics¹.

4.2. Les carences du secteur public et la solvabilité de la demande

La crise économique de 1986 a sensiblement réduit les ressources financières du pays et n'a pas permis de maintenir l'investissement dans le secteur public, notamment dans les hôpitaux publics. L'émergence des cliniques privées est intimement liée aux carences de l'hôpital public, incapable de faire face à une demande croissante.

Pour les patients de l'hôpital public, les motifs de mécontentement sont liés aux attentes interminables pour accéder à une prise en charge et à une certaine dégradation de la relation de soins dans un contexte de manque de moyens techniques et humains. Pour nombre de médecins, les conditions de travail au sein des structures publiques ne sont pas réunies pour un exercice de qualité. La majorité des praticiens exercent soit dans des services hospitaliers surchargés, soit dans des structures périphériques sous-équipées.

Les médecins se plaignent d'une pression continue due à un trop grand nombre de malades qui leur imposerait de soigner à un rythme journalier incompatible avec des soins de qualité et qui leur ôterait toute possibilité de perfectionnement, réduisant ainsi leurs chances (réelles ou supposées) de promotion. Ils analysent leur niveau de salaire comme une trop faible valorisation sociale de leur travail. Pour les patients, comme pour les médecins, cette crise d'efficacité du secteur public, en grande partie liée à un manque de moyens, a en quelque sorte légitimé l'ouverture au secteur privé. Elle a rehaussé l'image de la médecine libérale qui avait été considérée, depuis l'indépendance, comme peu souhaitable dans une société socialiste en construction.

Le système algérien de financement de soins pouvait être a priori un facteur de blocage pour le développement d'une offre privée. En Algérie, les soins délivrés dans le secteur public sont quasiment gratuits, alors que les soins dans le secteur privé sont quasi intégralement à la charge du patient. Ces derniers sont remboursés selon des cotations non actualisées depuis 1987, correspondant à des montants considérablement inférieurs aux tarifs effectifs du secteur

privé²⁴. Les mutuelles et les compagnies d'assurance privées interviennent pour l'instant très peu dans la prise en charge des dépenses privées de soins. Leur part dans la dépense nationale de santé (DNS) est insignifiante, même si, ces dernières années, une offre de couverture de santé par des compagnies d'assurance nationales et étrangères commence à se développer.

La contrainte d'une dépense privée à la charge quasi intégrale du patient n'a pourtant pas découragé l'investissement dans le secteur privé de la santé : la perception d'une forte disposition à payer des ménages pour échapper aux carences objectives ou subjectives du secteur public a sans doute convaincu de la rentabilité potentielle du secteur.

4.3. Démographie médicale et emploi public

La démographie médicale et le marché de l'emploi public ont également pesé sur l'attrait d'un développement des cliniques privées, pour les pouvoirs publics comme pour les praticiens.

L'Algérie a consenti de grands efforts dans la formation des professionnels de santé. La réforme des études médicales de 1971 a desserré la contrainte d'accès aux études médicales et augmenté le nombre et la capacité des lieux de formation. Si les effectifs dans le cycle de graduation²⁵ sont à peu près stables depuis 2002, l'effectif des inscrits en post graduation a doublé en 10 ans.

Globalement, l'effectif des médecins (généralistes et spécialistes) a triplé en 25 ans. Dès 1986, les difficultés budgétaires de l'Etat ont entraîné une diminution sensible de la création d'emplois dans la Fonction publique en général, et hospitalière notamment. L'arrivée sur le marché du travail d'un nombre important de médecins, alors que les possibilités d'embauche dans le secteur public se restreignaient, a exercé une pression supplémentaire sur les pouvoirs publics en faveur de l'assouplissement des conditions d'installation des médecins dans le secteur privé. Dès 1985, la médecine libérale a bénéficié de toute une série de mesures levant les contraintes à l'installation. Entre 1985 et 1989, 400 médecins hospitalo-universitaires quittent le secteur public pour s'installer à titre privé. En moyenne, 48% des spécialistes exercent aujourd'hui à titre libéral. Toutefois, la création d'un secteur de médecine libérale ne répondait que partiellement aux attentes des spécialistes et ne permettait pas de développer une réelle offre alternative au secteur public. Les spécialistes ont, en effet, fréquemment

²⁴ Par exemple, le tarif de remboursement pour une consultation spécialisée est de 100 dinars algériens (DA), alors que les tarifs pratiqués se situent entre 1000 et 1500.

²⁵ La graduation dure 7ans et aboutit au titre de médecin généraliste. Elle peut être suivie par la post graduation qui dure de 3 à 5 ans et aboutit à un titre de spécialiste.

besoin pour leur exercice d'un plateau Technique dont ils ne peuvent bénéficier dans le cadre d'un cabinet de ville : l'autorisation de création de cliniques privées était alors le complément nécessaire au développement d'une médecine de ville libérale.

Tous les facteurs systémiques qui viennent d'être présentés – contexte macro-économique, libéralisation, carences du secteur public, pression des professions médicales – se sont conjugués pour concourir à l'émergence, puis au développement des cliniques privées. Ce nouveau pan du système de santé pourrait ainsi apparaître non comme une nouvelle orientation voulue pour améliorer le système de santé, mais comme une stratégie opportune dans un contexte financièrement et politiquement tendu.

Dans ce cadre général, des acteurs ont décidé d'investir dans la création des cliniques privées. Leurs stratégies individuelles ont joué un rôle essentiel dans la dynamique du secteur hospitalier privé ou, plus exactement, leurs stratégies ont interagi avec le contexte global pour façonner les établissements de ce nouveau secteur.

5. Les cliniques privées en Algérie

5.1. La naissance des cliniques privées

La loi n°88-15 du 3 mai 1988 dans son article 208 bis a explicitement consacré la naissance des cliniques privées en Algérie. Il est précisé que la clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecins, des mutuelles et autres associations à but non lucratif²⁶. Le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 qui a suivi la loi n°88-15 a fixé les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées. A aucun moment, la législation n'a fait le distinguo entre la propriété du capital et l'exploitation technique des cliniques.

Tous les textes ayant suivi ce premier dispositif législatif n'ont fait référence à la nature des personnes qui peuvent être propriétaires des cliniques. Il est juste précisé que les cliniques sont placées sous la responsabilité effective d'un médecin directeur technique. Est-ce que c'est une façon subtile d'ouvrir les portes aux personnes étrangères au domaine médical d'investir ce secteur ? En tout cas, nombre de cliniques appartiennent à des personnes qui n'ont aucune proximité avec le domaine médical.

²⁶ Article 208 bis de la loi n88-15 du 3mai 1988 modifiant et complétant la loi n85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

5.2. Définition des cliniques privées

Les cliniques privées constituent un ensemble très hétérogène pour lequel il n'existe pas une définition propre et unique. Les statuts et la nature des cliniques ont évolué au gré de la législation. Elles sont des établissements de soins qui peuvent être de nature juridique différente : sociétés de personnes physiques ou des personnes morales (EURL, SARL,...). Dans ces établissements, en plus du staff médical permanent, les médecins libéraux côtoient les médecins du secteur public, les médecins du secteur parapublic, les médecins retraités et les médecins d'autres nationalités surtout dans les cliniques qui se positionnent sur le segment de la chirurgie cardiaque.

Les cliniques peuvent être distinguées suivant la nature de leur activité ; on y retrouve des cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement, des cliniques médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service de maternité. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploration, les cliniques de procréation médicalement assistée et les cliniques dédiées uniquement à l'hémodialyse sous la responsabilité d'un autre type d'établissement dénommé centre d'hémodialyse allégé de proximité (CHAP) existe et qui peut être exploité par un médecin généraliste ayant suivi une formation en néphrologie (médecin dialyseur). Par ailleurs, certaines cliniques médico-chirurgicales assurent aussi des activités d'hémodialyse.

5.3. Etablissements hospitaliers privés (EHP)

Les cliniques privées sont autorisées en Algérie depuis une loi de 1988 qui a été suivie jusqu'en 2007 de décrets et d'arrêtés précisant, par exemple, les formes juridiques possibles de ces établissements, la composition de leur conseil d'administration, leur capacité d'accueil ou des normes techniques et sanitaires.

Les conditions de fonctionnement réglementaires restent très générales : disposer d'un règlement intérieur, avoir un personnel en nombre suffisant, déclarer nominativement le personnel médical et paramédical, etc.

En 2007, une nouvelle carte sanitaire est mise en place en Algérie. Elle cherche à renforcer les soins de base, redéfinit la hiérarchisation des établissements publics. Si, dans ce cadre, quelques précisions sont encore apportées sur la nature et le statut juridique des cliniques privées, désormais dénommées :

l'établissements hospitaliers privés (EHP): L'article 2 du décret exécutif n° 07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes:

- La consultation.
- L'exploration et le diagnostic.
- Les urgences médicales et / ou médico-chirurgicales y compris le déchoquage la réanimation et l'observation et l'hospitalisation.

L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical

L'offre hospitalière privée n'est absolument pas intégrée, ni contrainte, dans cette nouvelle structuration de l'offre hospitalière.

5.4. Catégories d'établissement qu'a fait l'objet de textes spécifiques

- a) Les cliniques d'accouchement.
- b) Les centres d'hémodialyse.

5.4.1. Les cliniques d'accouchement

Historiquement détenues par des sages femmes, doivent, depuis 1988, obligatoirement se reconverter en cliniques médico-chirurgicales, elles deviennent, sinon, soit des « établissements en voie d'extinction » jusqu'à la cessation d'activité de leurs exploitantes titulaires, soit des cabinets de soins. Afin de répondre à une offre publique insuffisante en quantité

5.4.2. Les centres d'hémodialyse

Les centres privés d'hémodialyse sont autorisés en 1995. Ils sont complétés en 2002 par les centres d'hémodialyse allégés de proximité qui, pouvant être dirigés par un médecin généraliste avec une formation de base en néphrologie, répondent à la pénurie de néphrologues.

D'un point de vue tarifaire, la réglementation fixe seulement les prix de journée et les tarifs de référence pour remboursement par les organismes de sécurité sociale des actes des praticiens, de la restauration et de l'hôtellerie. Concrètement, les tarifs pratiqués vont bien au-delà de ces tarifs de remboursement inchangés depuis 1988.

Pour les centres d'hémodialyse privés, le déficit de l'offre publique dans la prise en charge de l'insuffisance rénale a conduit, en 2002, à une politique de conventionnement spécifique : la sécurité sociale prend en charge intégralement les dépenses des patients des centres privés. Le cadre légal demeure donc assez peu contraignant. Des objets et des modalités de contrôle sont certes présentés dans le décret de 2007, mais les moyens, et parfois la volonté de surveiller ces établissements, restent plutôt faible.

Section 2 : La complémentarité « public-privé »

La question de la complémentarité entre les deux secteurs est très importante car elle soulève des interrogations sur les politiques publiques à conduire. Les pratiques des professionnels de la santé jouent souvent sur les deux secteurs pour maximiser leurs activités et revenus.

Il faut savoir de quelle complémentarité on parle. Celle au profit de la santé publique et de la prise en charge de qualité des patients ou celle centrée sur les intérêts de groupes de professionnels ou d'investisseurs dans le secteur de la santé. Dans tous les cas, il n'y a plus de murs entre les deux secteurs.

S'il y a du public dans le privé à travers la double activité des médecins du secteur public, il y a aussi du privé dans le public à travers les conventions dont disposent les médecins libéraux dans les régions qui accusent un déficit en médecine spécialistes.

Le système public de soins ne peut être considéré isolément, il s'insère dans un ensemble complexe de relations avec le privé dans sa diversité. La complémentarité du secteur public et privé ou les deux parties seront gagnantes doit passer par l'élaboration d'une stratégie de santé et ensuite d'un cahier des charges bien détaillé pour valoriser les apports de chaque secteur et acteur et pour éviter les risques de dérives.

1. Recours des ménages au prestataire privés de la santé

Grace au renchérissement des prix des hydrocarbures durant la décennie 2000 et au-delà jusqu'à 2014, l'Algérie a continué d'enregistrer une croissance économique positive : le PIB progressé en moyenne annuelle de près de 5% durant cette période. Bien qu'il y ait encore de grandes disparités entre les revenus et les régions, il faut reconnaître que le pouvoir d'achat de nombreuses couches d'algériens s'est amélioré jusqu'à les inciter à avoir souvent recours aux services de santé de secteur privé. Ce dernier a connu une rapide expansion notamment dans sa composante hospitalière (cliniques) et médico-technique (appareillage médical avec des technologies de pointe, IRM, scanner de dernières générations, centre de radiothérapie, laboratoires d'analyses...).

En 2013, on a dénombré près de 2000 cabinets médicaux privés (médecins spécialistes, généralistes et chirurgiens dentistes) 170 cliniques spécialisées avec hospitalisation disposant de 2200 lits, 160 centres d'hémodialyse, 56 cliniques chirurgicales ophtalmologiques et ORL, 4 centres d'appareillages médicaux, 2 centre de diabétologie, 3 centre de rééducation

fonctionnelle 800 centres de soins généraux, 300 entreprise de transport médicalisé, 16 centres de procréation médicalement assistée et 36 laboratoires d'analyses médicales.

Ces importantes capacités sont en forte croissance d'une année à l'autre, croissance qui s'explique par une demande solvable (paiements directs) des ménages. Ces capacités sont également appelées à croître fortement en application de la prochains décision d'ouverture d'hôpitaux privé.

Il est clair que le développement de ce potentiel privé trouve une clientèle solvable pas uniquement aisée économiquement. En Algérie, le nombre des cliniques et de cabinets privés qui se créent annuellement est un indice majeur de la fréquentation de ces espaces payants pas souvent par les seuls nantis. Les ménages très aisés financièrement se soignent souvent en France, en suisse, en Tunisie et en Turquie. Les classes moyennes et même défavorisées ont recours aux services de ce secteur.

Le secteur privé s'est considérablement développé en dehors d'une carte sanitaire et de normes réglementaires d'encadrement développent s'est opéré selon la sacro saints règle de rentabilité financière. Les logiques et les mécanismes de sont développement sont :

- Une solvabilité des ménages assurée par la réduction de leur épargne sous forme monétaire ou capital non monétaire (vente de bien meubles et immeubles, bijoux de famille, troupeaux de moutons et de vaches...)
- Une option pour les activités « médicovores » (les plus chères et les plus rémunératrices) comme la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'ORL, la cardiologie, la chirurgie et la procréation médicalement assistées(PMA) ;
- Une expansion qui s'opère par deux mécanismes malsaine et dangereux pour les ménages économiquement faible : un développement et une réduction de l'épargne des ménages qui aurait pu servir à améliorer leur condition de vie.

Ce financement qui vient réduire l'épargne des ménages et appauvrir les plus vulnérables d'entre eux, vient s'incruster dans la faille créée par l'insuffisance du financement solidaire qui se traduit par la grande faiblesse du mécanisme de l'assurance maladie et la faiblesse de l'encadrement du secteur privé dans sa pratique de prix élevés.

En dehors de la cardiologie et de la dialyse et du transport médical pour les personnes dialysées ou le conventionnement par la Caisse Nationale Assurances Sociales (CNAS) et la

Caisse d'Assurance Sociale des Non Salariés (CASNOS) a permis une prise en charge financières par ces organismes au profit des assurés prestations de santé sont directs.

Au plan démographique et sanitaire, l'espérance de vie à la naissance progresse rapidement et s'est établi à 76,5 ans en 2013 impliquant une accélération du processus de vieillissement de la population et son exposition aux maladies chroniques (double transition démographique et épidémiologique).

Le secteur public n'a pas connu de développement significatif pour répondre à une demande en santé en forte croissance notamment pour les maladies émergentes (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaire, accouchements compliqués.....).

Ce sont les populations rurales et celles des régions du sud et il faut le reconnaître les populations des quartiers défavorisés des villes qui éprouvent des difficultés à accéder aux services spécialisés des hôpitaux public en insuffisance criarde d'équipements, de médecins spécialisés et de médicaments.

2. Les missions de l'hôpital public

Prioritairement, le Code de santé publique fait obligation au service public hospitalier d'assurer et de concourir à la prise en charge de l'urgence et la permanence des soins aux patients. En effet, les établissements de santé assurant le service public hospitalier doivent être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, en urgence ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier. L'hôpital public possède ses propres valeurs et qui lui sont spécifiques d'où découlent ses missions spécifiques, celles de la permanence des soins. Il a obligation d'assurer :

- la prévention et la détection des problèmes de santé et d'en assurer les urgences en réseau avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé ;
- L'enseignement universitaire et postuniversitaire, ainsi que la formation continue des praticiens (médecins, pharmaciens, sages-femmes et personnel paramédical) ;
- La recherche en particulier la recherche clinique et les innovations médicales, biologiques et pharmaceutiques ;
- La qualité des soins en veillant à un système réglementaire sécurisant les procédures et les actes médicaux ;

3. Effets de la privatisation sur l'hôpital public

La mise en place d'hôpitaux privés ne doit pas mettre les hôpitaux publics dans un fonctionnement de type privé (non-remplacement des personnels absents, mutualisation à outrance, licenciements déguisés).

Ce choix posera un problème plus général quant à la gouvernance hospitalière et à la santé. On demanderait alors à l'hôpital de fonctionner comme une entreprise avec tous les schémas évidents qui en découleraient. Or, l'hôpital n'est pas une entreprise de production de biens marchands. Les patients ne peuvent être assimilés à des «boulons».

L'hôpital n'est pas, non plus, une administration. Il est avant tout une organisation complexe productrice de services à la personne et de biens non marchands. Même si ces soins et services sont désormais tarifés. La convergence tarifaire entre l'hôpital public et l'hôpital privé ne devrait pas prendre place à cause de la divergence dans les missions (mis à part l'acte médical proprement dit) des deux secteurs.

Les pouvoirs publics sont là pour supporter le soutien des missions d'intérêt général et de service public. A défaut, l'hôpital public entrera dans une précarité et une indigence suicidaires. Il retrouvera alors son fonctionnement du moyen-âge, celui d'hospice pour indigents (au sens précaire et sans connotation péjorative). La loi à venir, sur l'hôpital (public et privé) en Algérie, ne doit pas rester timide et céder aux divers lobbies.

4. Le secteur privé de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou

Les structures sanitaires publiques de la wilaya de Tizi-ouzou ont du mal à répondre à la forte demande de malades provoquant ainsi une certaine tension et leur surutilisation. C'est le cas notamment du CHU «Nedir Mohamed» du chef-lieu de wilaya. Toutefois, le privé qui s'est lancé dans ce créneau constitue une sorte d'appoint pour le secteur public.

Par le passé on connaissait le médecin généraliste du coin, du quartier ou du village. Puis c'est au tour des spécialistes venir à leur tour investir le paysage.

Ainsi dans la wilaya de Tizi-Ouzou on compte quelques 232 cabinets de généralistes, 278 de spécialistes et 260 chirurgiens dentistes, soit un ratio d'un praticien pour près de 4.900 habitants pour chacune des spécialités précitées. Des privés qui viennent s'ajouter aux 471 spécialistes et 648 généralistes exerçant dans le public. Soit un ratio dans le public de l'ordre d'un spécialiste pour 2400 habitants et un généraliste pour 1750 habitants. Côté structures

publiques il existe 01 CHU, 02 EHS (un de psychiatrie et un autre de gynécologie obstétrique), 07 EPH, 57 polycliniques et 268 salles de soins. Selon les services de la direction de la santé (DSP) de Tizi-Ouzou, la proportion de la couverture médicale du public et privé est d'un praticien pour 695 habitants pour une population globale de 1,133 million d'âmes. A cela s'ajoute 12 cliniques médico-chirurgicales multidisciplinaires dont deux seulement sont implantées hors du chef-lieu de wilaya à Draâ-Ben-Khedda et Mekla, deux cliniques ambulatoires (ORL et ophtalmologie) et 04 centres de dialyse pour une capacité globale de pas plus de 260 lits contre les 4956 lits du public. En parallèle 244 pharmacies dont 05 grossistes et cinq entreprises de transport de malades exercent dans la wilaya.

Toutefois cette couverture médicale est disproportionnée dans l'espace s'agissant des structures privées. Ainsi la plupart des cabinets médicaux se trouvent au niveau du chef-lieu de wilaya et certains dans les grandes agglomérations comme Azazga, Boghni et Draâ-El-Mizan pour la cardiologie, la gynéco obstétrique, l'ophtalmologie et autres soins dentaires. Pis. Certaines spécialités ne se trouvent qu'à Tizi-Ouzou ville.

Ce qui ne manque pas de générer des dépenses supplémentaires pour les patients obligés de se déplacer. Une situation qui pourrait être atténuée avec les 08 cliniques en voie de réalisation à Tizi-Ouzou, Boghni, Larbaâ-Nath-Irtahen, Azazga, Mekla et deux à Draâ-Ben-Khedda. N'empêche, la couverture sanitaire dans la wilaya de Tizi-Ouzou est suffisante même si les normes nationales exigées qui sont de l'ordre d'un médecin généraliste pour 1.200 habitants ne sont pas encore atteintes. Mais avec l'apport du privé qui s'investit de plus en plus dans le segment, il est certain que la wilaya de Tizi-Ouzou disposera de plus de moyens humains et matériels.

5. Le secteur privé de soins de 1986 à nos jours (Le secteur privé est conçu comme un complémentaire au secteur public)

Le secteur privé de soins en Algérie dans cette période s'est faite en deux étapes :

- **Première étape :** c'est tout d'abord la privatisation de l'exercice médical par la levée de toutes les contraintes qui pesaient jusque-là sur l'offre : autorisation de s'installer, zoning etc., sont alors supprimés dès 1986. Elle concerne donc le mode d'exercice des professions médicales et au-delà leur mode de rémunération.

- **Deuxième étape** : c'est ensuite l'autorisation d'ouverture des cliniques privées à partir de 1990. Le mouvement est d'abord timide, mais semble prendre de plus en plus d'ampleur ces dernières années.

Cette privatisation de l'exercice s'est faite sur la base de reconduction des ces principes: paiement à l'acte, pas de frein ni de mécanismes de régulateurs sur les prescriptions.

5.1. La suppression des contraintes de secteur privé

La crise économique qu'à connue le pays suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendante à 97% des hydrocarbures a précipité le processus d'ouverture. Ce choc exogène a réduit sensiblement les ressources financières du pays et n'a pas permis la reproduction d'un secteur public dominant et surdimensionné. Les difficultés budgétaires de l'Etat entraînent, un freinage de la création d'emplois dans la fonction publique. L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation du mi-temps pour les médecins privés installés, la fin du service civil, et la suppression du zoning. Le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté. La privatisation répond aussi à une forte pression de la démographie médicale multipliée par une politique de formation active depuis la réforme des études médicales en 1971. Corps imprégné du modèle libéral et biomédical mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public bureaucraté où les dysfonctionnements sont multiples.

L'articulation public-privé prend une tout autre dimension et un sens totalement différent. La privatisation est alors souhaitée et encouragée dans un mouvement d'ensemble de l'économie et de la société. On oublie cependant qu'en matière de santé, de prescriptions médicales et de consommation de soins, les déterminants de la consommation et les arbitrages ne relèvent point du marché, donc de la demande (les malades) suite aux caractéristiques fortes et de l'offre (réglementée, monopole) et de la demande (biens vitaux, asymétrie de l'information en la matière), dans le contexte d'une consommation quasi totalement socialisée par l'offre (gratuité) et la demande (Assurances sociales...).

5.2. L'ouverture des cliniques privées

Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la

possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins⁹. Le programme d'ajustement structurel (1994-1998) avait pris le relais des réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée; elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes qu'on vient d'énumérer.

Les cliniques privées comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire sont de nouvelles organisations où des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé en rupture avec les modes de fonctionnement anciens créant ainsi une dynamique collective entre médecins et patients. Elles attirent aussi bien les médecins, en quête de compléments de revenus, que les patients à la recherche d'une rapide prise en charge, évitant les longues attentes dans le secteur public. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers. Les cliniques privées mobilisent un réseau de médecins de différents statuts (conventionnés ou pas) et même des médecins correspondants afin d'augmenter leur volume d'activités et partant leur rentabilité. A l'instar des compagnies d'assurance privée, les cliniques pratiquent des stratégies d'écémage des risques et se positionnent sur les activités fortement lucratives (la chirurgie dans tous ses segments et les spécialités conventionnées). Elles exploitent donc à leur profit des niches d'activités. Cette situation a induit un relatif partage des activités entre les secteurs public et privé.

L'apport des cliniques privées à la prise en charge des soins tertiaires et notamment de soins de haut niveau est profondément souhaité par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Cet apport participe de l'une des formes d'intégration du secteur privé de santé aux objectifs et aux performances de notre système de santé national.

Dans certaines cliniques, la mise en oeuvre de ces programmes de soins de haut niveau a fait appel à un partenariat étranger. Ces programmes participent de la réduction des transferts à l'étranger. Aussi bénéfiques qu'ils soient, ils prennent en marge, un caractère non réglementaire dès lors qu'ils prennent l'exercice de médecins étrangers sans autorisation du Ministre de la santé, de Population et de la Réforme Hospitalière.

Depuis la mise en place de la nouvelle carte sanitaire en 2007, les cliniques médico-chirurgicales avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP)²⁷. L'article 2 du décret exécutif n° 07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes: la consultation ; l'exploration et le diagnostic ; les urgences médicales et / ou médico-chirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

²⁷ Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

Conclusion

On assiste aujourd'hui de plus en plus à des situations contradictoires, voir perverses, dans la mesure où des praticiens de structures sanitaires publiques – chirurgiens ou autres, exerçant en temps partiel au privé – lors de la consultation du malade, « préfèrent » plutôt le prendre en charge dans une clinique privée. S'il s'agit de malades n'ayant pas de relations informelle et ne pouvant pas différer le temps de traitements à cause de la gravité de l'affectation ou des listes d'attentes, ils n'ont pas d'autres choix que d'accepter « l'offre » privée, quelles que soient leurs ressources. Il peut s'agir de patients couverts par l'assurance maladie et ne pouvant accéder aux services publics de santé, vue que ce dernier il est soit engorgé par une liste d'attente soit par absence d'équipement d'ailleurs aujourd'hui, la plupart des médecins qui travaillent dans le public et ambulatoire renvoient leurs patients à leur cabinet ou clinique pour la totalité du traitement. Il est à signaler que les remboursements de l'assurance maladie sont calculés sur la base du tarif des actes qui datent plus de vingt ans et dont on attend l'actualisation. Par conséquent, le montant des honoraires déboursés pour le recours aux soins hospitaliers de la médecine libérale pris en charge par l'assurance maladie, reste dérisoire.

Chapitre 3



*La nouvelle loi sanitaire 18-11 de
Juillet 2018*



Introduction

La Loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé vient d'être promulguée sur le Journal Officiel n° 46 du 29 juillet 2018.

Comme le précise l'article n°1, cette loi fixe les dispositions et principes fondamentaux et vise à concrétiser les droits et devoirs de la population en matière de santé.

Malgré tout ce qui a été dit et écrit, à propos de cette loi, le principe de la gratuité des soins est maintenu (*Art. 13. : L'Etat assure la gratuité des soins et en garantit l'accès à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire national*).

L'intégration du secteur privé dans le système de santé nationale est parmi les nouveautés du projet de la nouvelle loi sanitaire.

Section 1 : La loi 85-05 (1985) et la loi 18-11 (2018)**1. Le Projet de la nouvelle loi sanitaire**

Le projet de la nouvelle loi sanitaire qui s'articule dans ses grandes lignes sur la consolidation de l'accès aux soins et la modernisation du secteur. Il propose, entre autres, la mise en place de passerelles et de mécanismes permettant au citoyen d'accéder au secteur privé dans les mêmes conditions que son accès au secteur public.

Selon, L'inspecteur général au ministère de la Santé, " la nouvelle loi a consacré le principe de la complémentarité entre les secteurs public et privé. Ce dernier ne sera jamais comme un électron libre, puisqu'il sera intégré d'une manière officielle et effective dans notre système national de la santé ".

Le projet énonce, en effet, le soutien au secteur privé, qui se voit attribuer des missions de service public. Néanmoins, un cahier des charges sera imposé à l'ensemble des structures privées. Par ailleurs, le président du Conseil national de l'Ordre des médecins, estimant autrefois que l'Etat devrait désormais "compter ses sous", tout en continuant à garantir l'accès aux soins.

"La nouvelle loi sanitaire est très intéressante et claire dans beaucoup de domaines mais il y a quelques correctifs et précisions qui doivent y être apportés", a indiqué le MSPRH a cité, entre autres, l'absence d'une "institution nationale de veille sanitaire", qui engloberait les risques multiples et les épidémies mondiales, à l'exemple du Sida et de Zika, l'intérêt étant de "déterminer les constats précis et les conduites à tenir face à ces situations", a-t-il explicité. D'autre part, il a déploré que ledit texte, appelé à être voté prochainement, n'ait pas défini "les rôles" des Conseils national de l'Ordre des médecins et celui de la Déontologie médicale, lesquels, a-t-il observé, devraient avoir "un pouvoir exécutif ".

Il s'est en outre, exprimé contre "une espèce de code pénal bis spécifique aux médecins", contenu dans ledit projet de loi, arguant du fait que les cas d'erreurs médicales, comme l'homicide volontaire ou involontaire et la négligence, relèvent de la jurisprudence des tribunaux et des cours spéciales : "Nous sommes dans un Etat de droit, la loi pénale est au-dessus de toute loi civile à la responsabilité individuelle du médecin est prévue par la loi", a-t-il commenté.

Pour autant, il ne s'agit pas, selon ses dires, de tolérer "l'impunité" en cas d'erreurs, mais de ne pas omettre que "la médecine n'est pas une science exacte et, par conséquent, le médecin n'est pas responsable du résultat mais du dommage" pouvant survenir lors de la pratique médicale.

2. Le développement des hôpitaux privés

Soulignons que la Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé dit, dans son article 2 du chapitre des principes fondamentaux, ce qui suit :

‘La protection et la promotion de la santé concourent au bien être physique et moral de l’homme et à son épanouissement au sein de la société, et constituent, de ce fait, un facteur essentiel du développement économique et social du pays’.

Il est vrai, qu’à l’époque, il y avait de la qualité dans tout le corps médical et nos écoles de santé et nos universités étaient réputées pour la compétence et la qualité des professeurs et formateurs. A tel point que, dans les années 80, nos voisins Tunisiens, Marocains et Africains venaient suivre, gratuitement, leur formation médicale et paramédicale dans les universités et instituts algériens.

De l’avis des spécialistes, le système national de santé est, aujourd’hui, insuffisant par rapport à la demande. Ce système, qui n’a pas prévenu les phénomènes de la croissance démographique et de la multiplication de nouvelles pathologies, a engendré une gestion catastrophique avec comme résultats : hôpitaux saturés, médicaments en rupture de stock, personnel médical et paramédical insuffisant et parfois non qualifiés, matériel obsolète.

En plus, le manque criant de médicaments de base est constamment signalé au niveau des hôpitaux. Par conséquent, les citoyens, livrés à leur détresse, ont davantage perdu confiance en les compétences du secteur public, et en les moyens des hôpitaux. De nombreux patients algériens, y compris les plus démunis, se trouvent de plus en plus contraints de se soigner dans des cliniques privées.

Le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 a fixé les conditions de réalisation, d’ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ; dans son article 5, il est stipulé que la capacité de la clinique doit être de quinze à quatre vingt dix lits. Puis revu, dans le décret modifié de 2002, comme suit :

La capacité minimale d’une clinique est fixée à sept lits. On peut remarquer, à travers cette modification, la facilitation à ouvrir une clinique avec un minimum de lits pour les patients.

D'ailleurs de nombreuses cliniques peuvent être consacrées comme « hôpital » si elles répondent aux conditions de la loi.

Hôpitaux privés veut tout simplement dire que certaines prestations seront financées par les caisses d'assurance. C'est ce qui se fait dans les pays où coexistent les systèmes de santé public et privé. Pour ceux qui sont favorables à cette démarche, il est préférable de payer certaines prestations des hôpitaux privés que d'envoyer les Algériens se soigner à l'étranger.

Ils estiment que le secteur de la santé publique ne pourra jamais, au stade où sont les choses en matière de gestion et de salaires, atteindre un niveau appréciable de prestations.

Et comme l'Algérie a décidé de ne plus envoyer de malades à l'étranger à partir de 2009, il va falloir trouver des solutions de qualité que les hôpitaux publics ne peuvent prendre en charge. Dans certaines cliniques privées, les tarifs priment sur l'éthique et des professionnels regrettent que le processus de déontologie de la médecine n'ait jamais été respecté.

Le projet de loi sur la santé prévoit de mieux exploiter les capacités du secteur privé et de l'offre de soins qu'il présente.

Il prévoit une intégration des structures privées de santé dans le dispositif national de soins et une prise en charge par l'État des soins dispensés dans certaines structures de santé privées.

« Les structures et établissements de santé publics et privés peuvent être aussi appelés à assurer : des soins médicaux d'urgence, des soins ou l'hospitalisation à domicile, des soins sur les lieux d'un sinistre », précise l'article 297 du projet de loi ».

Selon l'article 321 du projet en question, « les structures et établissements privés de santé, appelés à assurer la mission de service public de santé, doivent répondre aux conditions d'un cahier des charges fixé par le ministre chargé de la Santé et sont tenus d'établir un projet d'établissement compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire ».

« Les dépenses afférentes aux soins prodigués par les structures et établissements privés de santé investis des missions de service public sont à la charge de l'État conformément à la législation et à la réglementation en vigueur », précise le texte.

Actuellement, les soins dans les structures privées ne sont pas directement pris en charge par l'État comme dans les hôpitaux publics. Cette nouvelle mesure devrait favoriser le développement des structures privées de santé.

3. La circonscription sanitaire, le dossier médical unique et le médecin référent

3.1. Le médecin référent

Ce qui nous paraît être un élément novateur dans cette loi, est représenté par la hiérarchisation des soins et surtout l'introduction du médecin référent qui seul peut orienter le patient vers les services spécialisés. Il faudra former le médecin généraliste à cette nouvelle fonction et sensibiliser le citoyen qui doit changer ses habitudes. Néanmoins l'autorité de tutelle devra préciser rapidement les cas médicaux d'accès directs, en dehors de l'urgence. Nous pensons que :

- La femme peut consulter directement un gynécologue sans avoir besoin de passer par le médecin référent,
- Les enfants peuvent être examinés par un pédiatre sans passer nécessairement par le médecin référent,
- Et enfin l'accès à l'ophtalmologiste devrait être possible pour tout patient sans passer par le médecin référent

L'article 10 de cette loi donne des prérogatives assez vagues au mouvement associatif, (contribue à la protection et à la prévention de la santé). La prévention qui inclut le dépistage n'est pas du ressort des mouvements associatifs. Il s'agit d'une d'une activité de santé qui ne peut être que pérenne et qui nécessite des compétences particulières et une évaluation que le mouvement associatif n'a pas à prendre en charge. A l'heure actuelle, certaines associations considèrent faire du « *dépistage du cancer du sein* » alors qu'il ne s'agit que de recherche de lésions néoplasiques chez des patientes présentant des lésions mammaires.

3.2. L'observatoire national de la santé

Concernant la création de l'observatoire national de la santé chargé, sur la base des données scientifiques, épidémiologiques, démographiques, économiques et sociales, de contribuer à l'élaboration des éléments de la politique nationale de santé, à la détermination des priorités sanitaires devant bénéficier d'un programme de santé publique, de donner son avis et de faire des recommandations sur toutes questions se rapportant aux domaines de la santé (article 11).

Il nous semble qu'outre des représentants du MSPRH, certains anciens Il nous semble qu'outre des représentants du MSPRH, certains anciens ministres de la santé et professeurs de médecine à la retraite ont le recul nécessaire pour l'élaboration des missions de cet

observatoire. Jusqu'à ce jour beaucoup de comités « d'experts » sont désignés par le ministre et changés au gré des changements de ministre. On peut être considéré comme expert par tel ministre et ne plus l'être vis-à-vis d'un autre ministre? Ce n'est pas toujours sur des compétences que les « experts » sont choisis mais sur les relations.

3.3. La protection des personnes en difficulté

Pour ce qui est de la protection des personnes en difficulté (personnes à faible revenu, personnes handicapées, personne en situation de précarité matérielle, sociale, psychologique, personnes âgées, mères et femmes en situation de détresse psychologique et sociale). Les articles 88,89 et 90 précisent qu'ils ont droit à une protection sanitaire spécifique à la charge de l'Etat et que les structures et les établissements de santé publics et privés investis d'une mission de service public, assurent gratuitement la couverture sanitaire de ces personnes en difficulté. Sur le plan pratique comment ces personnes en difficulté qui se présenteraient dans une clinique privée auront des prestations à titre gracieux ?

3.4. Les dispositions relatives au service civil

Pour ce qui est des dispositions relatives au service civil, et malgré la grève de plus de sept mois des résidents, cette loi maintient ce service civil (articles 196 et 197) : les praticiens spécialistes sont assujettis aux dispositions de la loi n° 84-10 du 11 février 1984 relative au service civil. L'Etat assure les moyens matériels et met en place les mesures incitatives nécessaires à l'exercice de l'activité de l'assujetti au service civil, notamment dans les wilayas du Sud et les Hauts-plateaux. Les affectations des praticiens spécialistes assujettis au service civil s'effectuent au sein des structures et établissements publics de santé, selon les besoins déterminés par la carte sanitaire. Les modalités d'application du présent article, notamment la liste des spécialités concernées, les modalités d'accomplissement du service civil ainsi que les mesures incitatives d'accompagnement, sont fixées par voie réglementaire. Les praticiens médicaux spécialistes sont tenus d'accomplir l'obligation du service civil au sein des structures et établissements publics de santé avant d'exercer dans le secteur privé ou à titre libéral. Souhaitant que de réelles mesures incitatives d'accompagnement soient mises en place.

3.5. Les missions de l'établissement public de santé

L'article 297 précise les missions de l'établissement public de santé (assurer, développer et promouvoir toutes les activités de santé ; assurer des activités de formation et de recherche en

matière de santé; développer toutes activités accessoires en relation avec ses missions par voie de convention.). Mais quels sont les différents types d'établissements publics de santé ?

C'est l'article 298 qui vient répondre à cette question. Les différents établissements publics de santé sont, notamment : le centre hospitalo-universitaire ; l'établissement hospitalier spécialisé ; la circonscription sanitaire ; l'établissement d'aide médicale d'urgence.

Selon le décret 07-140 du 19 mai 2007, les hôpitaux publics étaient subdivisés en CHU, EHS (hôpital spécialisé) et EPH (établissement public hospitalier : hôpital général). Dans cette nouvelle loi, on voit apparaître deux nouvelles entités : la circonscription sanitaire et l'établissement d'aide médicale d'urgence.

Un retour au Secteur Sanitaire, (organisation sanitaire regroupant un établissement hospitalier et les établissements non hospitaliers d'un bassin de population) qui a été démantelé durant la période du ministre Tou ? L'expérience menée avec la création des EPH et EPSP (établissements publics de santé de proximité regroupant polycliniques, maternités et salles de soins), instaurée par le décret 07-140 du 19 mai 2007 a fortement mené vers une confusion dans la manière de servir les usagers du service public de santé. *Le malade se retrouve totalement désorienté passant d'une structure à une autre sans une prise en charge correcte.* Dans pareil cas, les soins préventifs et les activités de santé deviennent des actions isolées, non intégrées dans un système où la coordination est une exigence et un élément de réussite. Ce fut une erreur que la majorité du corps médical a condamné à plusieurs reprises.

3.6. L'établissement d'aide médicale d'urgence

Concernant l'**établissement d'aide médicale d'urgence**, il doit répondre certainement aux UMC (Unités Médicales d'Urgence) qui sont des établissements de santé ne prenant en charge que les urgences et ayant un nombre relativement restreint de lits (*exemple : UMC de Boukader et d'Oued Fodda dans la wilaya de Chlef*). Plusieurs de ces UCM ont été inscrits et réalisés, suite à une initiative locale mettant parfois le ministère devant le fait accompli. Mais que doit être leur statut juridique ? En faire des unités rattachées à l'EPH chef lieu de wilaya ou de Daïra ? Leur éloignement (à l'origine de leur création) ne plaide pas pour cette option. En faire des établissements autonomes ? C'est les pourvoir d'une administration identique à celle des EPH pour un établissement de 15-20 lits ! Ce n'est pas logique, ni rentable.

Section 2 : L'apport de la loi 18-11 de Février 2018**1. Analyse de la loi santé 2018****1.1. Le pharmacien et les services liés à la santé : une possible rémunération des services pharmaceutiques**

Une avancée considérable pour la profession de pharmacien, semble être donnée à travers l'article 179, qui ouvre des perspectives intéressantes car il précise que le pharmacien assure des services liés à la santé et participe à l'éducation thérapeutique. Des modalités d'applications sont prévues. Elles devraient inciter les représentants de la profession à participer à la rédaction des textes réglementaires qui devraient identifier et définir les services, qui devraient figurer dans la nomenclature des actes de soins et des activités de santé (art 335) et le tarif des prestations de ces services, différents des activités médicales (art 336), fixés par le ministre de la santé en relation avec les ministres concernés, dont celui du travail et de la sécurité sociale.

1.2. Introduction

Une longue attente - le texte de base avait été préparé en 2016, des reports, des amendements, des questions, des rebondissements, ont finalement abouti à la nouvelle loi sur la santé qui vient enfin de voir le jour. Après son adoption par les 2 chambres et sa signature le 2 juillet par le président de la république, elle a été publiée le 29 juillet sur le Journal Officiel n°46 (JORADP). Elle s'appelle désormais loi 18-11 du 18 chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018, loi relative à la santé remplaçant l'ancien version dénommée loi relative à la protection et à la promotion de la santé. Pour rappel, la loi sanitaire cadre 85-05 datant du 16 février 1985, il y a 33 ans, avait subi quelques modifications. La première, en 1988 (loi 88-15) ajoutait un volet cliniques privées et tarifs des actes, la seconde en 1990 (loi 90-17) renforçait l'éthique médicale et les greffes, la troisième modification en 1998 (loi 98-09) ajoutait l'inspection de la pharmacie, et la quatrième en 2006, fut l'ordonnance 06-07 qui introduisit la privatisation de l'importation et les établissements hospitaliers privés (art 208). La date de la mise en application de la nouvelle loi, n'a pas été fixée dans le temps. L'article 449 précise que les textes de la loi 85-05 s'ils sont abrogés, continuent à produire leurs effets jusqu'à l'intervention des textes d'application. Il en va de même pour l'agence nationale des produits pharmaceutiques (article 448).

1.3. Les principes fondamentaux et médecin référent

Le titre I, portant sur les dispositions et principes fondamentaux, réaffirme les obligations de l'Etat en matière de santé et la gratuité des soins, ainsi que les droits à la santé et devoirs des citoyens, avec une nouveauté pour ces derniers, introduite par la notion de 'médecin référent' (art 22)

1.4. Un observatoire national de la santé pour traiter les données de santé

Un observatoire national de la santé est créé (art 11), il devra contribuer à l'élaboration des éléments de la politique nationale de santé sur la base de données autant scientifiques que statistiques, démographiques, économiques et sociales. Cet observatoire présente tous les critères pour exploiter l'une des bases de données de santé les plus importantes que notre pays n'ai jamais constitué, il s'agit de la base de données de la sécurité sociale, véritable BIG DATA continuellement alimenté depuis 2006 à ce jour (12 années de stockage d'information) par les plus de 10.000 pharmacies implantées dans l'ensemble des communes sur le territoire national.

1.5. Séparation des ordres des professionnels de santé (PS)

Désormais, les ordres médicaux sont séparés (art 346 à 353). Il n'existe plus d'entité (nationale - CNDM et régionale - CRDM) regroupant les 3 catégories. L'article 447, maintient cependant les prérogatives des conseils nationaux et régionaux élus et installés en attendant la mise en place des nouveaux conseils prévus dans la nouvelle loi.

1.6. La distribution des médicaments et officines privées

Ce sont les articles 218 et 219 qui définissent les établissements de distribution comme établissements pharmaceutiques, au même titre que les établissements de fabrication, exploitation, importation, exportation. Des règles de bonnes pratiques dans ces secteurs d'activité ainsi que dans la dispensation, devraient être fixées par voie réglementaire (art 221) Le chapitre 10, du titre V sur les produits pharmaceutiques, consacre 2 articles à la pharmacie d'officine. Le 249 limite le champ d'intervention de celle-ci à la dispensation au détail des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux, et aux préparations officinales et magistrales. L'activité accessoire de distribution au détail de produits de parapharmacie a été maintenue. Il y a donc disparition de l'article 189 de la loi 85-05, qui obligeait le pharmacien à assurer certaines analyses biologiques.

Le second alinéa de l'article maintient le monopole de la distribution au détail des médicaments pour le pharmacien titulaire qui reste unique propriétaire et unique gestionnaire du fonds de commerce de l'officine. Les officines privées sont investies, vu leur statut d'établissement de santé privé, d'une mission de service public.

1.7. Analyses médicales : hors du champ de l'officine

L'article 252 de la loi 18-11 stipule que — « Sont autorisés à exploiter un laboratoire d'analyses de biologie médicale, les titulaires du diplôme d'études médicales spécialisées en biologie clinique. (...) » La détention d'un DEMS est donc requise pour prétendre à la réalisation d'analyses médicales. Il y a une possible extension pour les mono spécialités à travers l'article 253, car ils pourront exploiter un LAM selon des voies plus souples—« Le titulaire d'un diplôme d'études médicales spécialisées dans l'une des spécialités biologiques de base, est autorisé à exploiter un laboratoire d'analyses de biologie médicale dans les conditions fixées par voie réglementaire »

1.8. Le pharmacien et les services liés à la santé : une possible rémunération des services pharmaceutiques

Une avancée considérable pour la profession de pharmacien, semble être donnée à travers l'article 179, qui ouvre des perspectives intéressantes car il précise que le pharmacien assure des services liés à la santé et participe à l'éducation thérapeutique. Des modalités d'applications sont prévues. Elles devraient inciter les représentants de la profession à participer à la rédaction des textes réglementaires qui devraient identifier et définir les services, qui devraient figurer dans la nomenclature des actes de soins et des activités de santé (art 335) et le tarif des prestations de ces services, différents des activités médicales (art 336), fixés par le ministre de la santé en relation avec les ministres concernés, dont celui du travail et de la sécurité sociale.

1.9. Projet d'établissement, démarche qualité et dossier médical unique informatisé

Le système national de santé est structuré autour d'établissements et structures de santé, publics et privées (art 266). Dans cette organisation (titre 6, chapitre 3) est introduite la notion de projet d'établissement et de démarche qualité (art 290) que sont tenus d'élaborer toute structure et tout établissement assurant un service public de santé.

Cinq articles sont ainsi consacrés à l'évaluation et l'audit des structures et établissements de santé (324 à 328). Ceux-ci doivent élaborer un rapport interne d'évaluation non seulement de leur gestion, mais aussi des activités et pratiques professionnelles utilisées (art 325) destiné au ministère de la santé. Ces établissements publics et privés, sont aussi tenus de tenir et de mettre à jour pour chacun des patients, le dossier médical unique informatisé. (art 26, 292, 444) Il est aussi évoqué l'éducation pour la santé qui est assurée par l'Etat (art 120) et non le secteur privé. Elle a pour but de permettre à la population, l'acquisition de diverses connaissances dont des connaissances en matière d'hygiène, de nutrition saine et équilibrée, des préventions des maladies, de consommation des médicaments, etc. La mission de service public dévolue aux établissements de santé, se fait selon un cahier des charges fixé par le ministre de la santé (art 311) Un contrat d'objectif et de performance validé, sert de base au financement des établissements publics de santé (art 301).

1.10. Financement de la santé, comptes nationaux de la santé

La loi 85-05 précisait dans son titre 4, financement de la santé, que le financement des services publics de santé, était assuré par l'état (art 228). On ne retrouve pas cette notion générale dans la loi 18-11, qui précise que le financement se fait, selon les chapitres, par :

- L'Etat, pour le secteur public de santé (art 329)
- Les organismes de sécurité sociale (art 330)
- Les collectivités locales (art 331)
- Les entreprises économiques (art 332)
- Les assurances économiques (art 333)
- Les bénéficiaires de soins (art 334)

L'article 338, précisent que ces financements sont publiés annuellement dans « les comptes nationaux de la santé »

1.11. Pharmacovigilance

Les professionnels de santé sont désormais tenus non seulement de déclarer les effets indésirables et secondaires des médicaments aux autorités sanitaires (art 177), mais aussi de concourir à la pharmacovigilance.

1.12. Modalités d'application de la loi

Certaines dispositions de la loi, présentent des modalités d'application qui doivent être précisées par voie réglementaire. En comparant les 2 textes, la loi 85-05 en contenait 8.2% (soit 22 des articles) contre 11.1% (soit 50 articles) pour la loi 18-11. Un travail important s'annonce avec la nouvelle loi dans l'élaboration de textes qui permettront

1.13. Structures et établissement de santé : le projet d'établissement (art 305 à 314)

La notion de structure et établissement de santé, semble manquer de précision, bien qu'une section comportant 10 articles, leur soit réservée (art 305 à 314), à un moment où est évoquée l'obligation qui leur est faite d'établir un projet d'établissement compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire (art 311). A cela s'ajoute le financement des dépenses afférentes aux soins qui y sont prodigués, et qui sont régies par des conventions avec le ministère de la santé.

1.14. Le système national d'information sanitaire

Le SNIS est créé avec l'article 319 dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité. Il est inter opérable avec tous les autres systèmes et doit obligatoirement être intégré par toutes les structures et établissements de santé.

1.15. Organisation du Système National de Santé

Le titre 6, portant sur l'organisation du système national de santé, vient définir à travers l'article 265 du chapitre 1, le caractère de service public ainsi détaillé « le service public de santé est assuré par les établissements publics et les établissements privés investis de cette mission ». L'organisation du système de santé basé sur le service public de santé assuré par les établissements publics et privés investis de cette mission, sous entendrait-il que la qualité de 'service public' n'est pas acquise automatiquement pour tout établissement, sauf sous certaines modalités non précisées ?

Lorsqu'est évoqué le caractère service public des établissements de santé publics et privés, il est fait référence à une mission de service public dont seraient investis ces établissements (art 90). Tandis que l'art 171 donne la possibilité au PS libéral de se faire remplacer pour assurer la continuité du service public. Le système rappelle la base non seulement de l'intersectorialité, sur laquelle s'appuie la politique nationale de santé (art 4 et 265) mais aussi de la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé en matière de prestation de

santé, assurée par l'Etat (art 16). Une confusion possible dans cet article pourrait venir du fait qu'il est évoqué le secteur privé de santé juste à la suite du service public

1.16. E-santé

La E-santé est modestement introduite avec le dossier médical unique informatisé (art 292) et la télémedecine (art 316) autorisée pour les structures et établissement de santé pour la constitution de réseaux de soins nationaux ou internationaux après accord de l'autorité sanitaire. On peut regretter que celle-ci, n'ai pas bénéficié d'une ouverture plus importante, à l'heure où sur le plan international le développement des technologies numériques constituent un levier majeur pour la modernisation du secteur et l'amélioration de la qualité, de la performance et de la sécurité des soins. On parle de plus en plus d'hôpital numérique, de partage d'information, de e-learning, de prescriptions numériques, de pilotage médico-économique, d'objets connectés, de consultations à distance, etc.

2. Comparaison entre la loi 85-05 (1985) et la loi 18-11 (2018)

2.1. Structure de la loi

La loi est structurée en 9 Titres, divisés en chapitres (de 1 à 9) lesquels sont subdivisés en sections.

Tableau 1 : Intitulés des titres dans les 2 lois et nombre d'articles consacrés

Intitulé	Loi 85-05 du 16 février 1985	Loi 18-11 (2018)
Nom	Loi relative à la promotion et la protection de la santé	Loi relative à la santé
Nombre d'articles	269	450
Nombre de titres	09	09
Titre I	PRINCIPES ET DISPOSITIONS FONDAMENTAUX 4 chap 24 Articles de 1 à 24	DISPOSITIONS ET PRINCIPES FONDAMENTAUX 3 Chap 28 Articles de 1 à 28
Titre II	SANTE PUBLIQUE ET EPIDEMIOLOGIE 10 chap 78 Articles de 25 à 102	PROTECTION ET PREVENTION EN SANTE 6 Chap 96 Articles de 29 à 124
Titre III	SANTE MENTALE 3 chap 47 Articles de 103 à 149	PROTECTION DES MALADES ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX OU PSYCHOLOGIQUES 3 Chap 40 Articles de 125 à 164
Titre IV	DISPOSITIONS RELATIVES A CERTAINES ACTIVITES PREVENTIVES ET CURATIVES 3 chap 19 Articles de 150 à 168	PROFESSIONNELS DE SANTE 6 Chap 41 Articles de 165 à 205
Titre V	PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET APPAREILS MEDICO-TECHNIQUES 7 chap 25 Articles de 169 à 194	PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET DISPOSITIFS MEDICAUX 12 Chap 60 Articles de 205 à 264
Titre VI	LES PERSONNELS DE SANTE 2 chap 33 Articles de 195 à 227	ORGANISATION ET FINANCEMENT DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE 4 Chap 74 Articles de 265 à 338
Titre VII	FINANCEMENT DE LA SANTE chap 5 articles de 228 à 233	ETHIQUE, DEONTOLOGIE ET BIOETHIQUE MEDICALE 4 Chap 61 Articles de 339 à 399
Titre VIII	DISPOSITIONS PENALES 3 chap 33 Articles de 234 à 266	DISPOSITIONS PENALES / Chap 41 Articles de 400 à 441
Titre IX	DISPOSITIONS FINALES 1 chap 3 Articles de 267 à 269	DISPOSITIONS PARTICULIERES, TRANSITOIRES ET FINALES / Chap 9 Articles de 442 à 450

Le titre II sur la santé publique et prévention reste celui qui est le plus détaillé avec le plus grand nombre d'articles dans les 2 versions de la loi sanitaire (tab 1 et 2) et en volume de textes (tab 3 et 4).

2.2. Eléments comparatifs statistiques entre les 2 versions de la loi sanitaire

Tableau 2: Comparaison (en nombre d'articles) entre les lois 85-05 et 18-11

	Loi 85-05 de 1985			Loi 18-11 de 2018		
	Nb d'articles	Taux (%)	Clas.	Nb d'articles	Taux (%)	Clas.
titre 1	24	9,0	6,0	28	6,2	8,0
titre 2	78	29,2	1,0	96	21,3	1,0
titre 3	47	17,6	2,0	40	8,9	7,0
titre 4	19	7,1	7,0	41	9,1	5,0
titre 5	25	9,4	5,0	60	13,3	4,0
titre 6	33	12,4	3,0	74	16,4	2,0
titre 7	5	1,9	8,0	61	13,6	3,0
titre 8	33	12,4	3,0	41	9,1	5,0
titre 9	3	1,1	9,0	9	2,0	9,0
	267	100,0		450	100,0	

2.3. Distribution des articles et leur volume

Tableau 3: distribution des articles et leur volume (nombre de mots) par titres de la loi 85-05 loi 85-05 de 1985

	Nb d'articles	%	Clas.	Nb de mots	%	cl	Intitulés communs
titre 1	24	9,0	6,0	1020,0	7,6	7,0	Principes fondamentaux
titre 2	78	29,2	1,0	3030,0	22,7	1,0	Prévention, santé publique
titre 3	47	17,6	2,0	2460,0	18,4	2,0	Santé mentale
titre 4	19	7,1	7,0	1302,0	9,7	5,0	//
titre 5	25	9,4	5,0	1240,0	9,3	6,0	Produits pharmaceutiques
titre 6	33	12,4	3,0	1747,0	13,1	4,0	//
titre 7	5	1,9	8,0	233,0	1,7	8,0	//
titre 8	33	12,4	3,0	2232,0	16,7	3,0	Dispositions pénales
titre 9	3	1,1	9,0	106,0	0,8	9,0	Dispositions finales
Total	267	100		13370,0	100		

Tableau 4: distribution des articles et leur volume (nombre de mots) par titres de la loi 18-11

Loi 18-11 de 2018						
	Nb d'articles	%	Clas.	Nb de mots	%	cl
titre 1	28	6,2	8,0	1390	5,6	8
titre 2	96	21,3	1,0	4757	19,0	1
titre 3	40	8,9	7,0	2270	9,1	6
titre 4	41	9,1	5,0	2401	9,6	5
titre 5	60	13,3	4,0	3928	15,7	3
titre 6	74	16,4	2,0	3856	15,4	4
titre 7	61	13,6	3,0	4044	16,2	2
titre 8	41	9,1	5,0	1945	7,8	7
titre 9	9	2,0	9,0	384	1,5	9
Total	450	100,0		24975	100,0	

Conclusion

A travers cette nouvelle loi sur la santé, nous espérons voire une hiérarchisation des soins, l'implantation réelle du médecin référent dans le système de santé algérien, une réhabilitation de la prévention et des soins de base, une prise en charge de la transition épidémiologique et des disparités géographiques.

La création de la circonscription sanitaire comme établissement public administratif réunissant au niveau du territoire d'une daïra ou de plusieurs daïras les hôpitaux et établissements de santé de proximité (comme cela existait du temps du secteur sanitaire) aura certainement un impact sur l'amélioration du fonctionnement de nos établissements de santé et par voie de conséquence sur la prise en charge des malades et apporterait des solutions aux difficultés auxquelles sont confrontées nos structures de soins.

Un texte de loi ne suffit pas à lui seul : des efforts restent à faire en volume et en normes de répartition ; des actions doivent être menées pour améliorer la qualité des prestations sanitaires ; normalisation des infrastructures et des équipements ; meilleure maîtrise de la gestion.

La maîtrise du développement des ressources matérielles et humaines est la tâche prioritaire à laquelle doit s'attacher le secteur de la santé.



Conclusion Générale



Conclusion Générale

La santé est un facteur de cohésion de la société favorisant la paix social. L'application d'une politique de santé doit faire l'objet d'un véritable débat, entre les différents acteurs de santé, que sa soit les professionnels, collaborés travaillés mutuellement dans un esprit d'entente et de confiance et non pas dans un esprit de méfiance, discordes et de rivalités, et doivent aussi s'intégrer dans la sphère d'une vraie politique d'Etat qui aspire a mettre en œuvre une stratégie nationale pour la prise en charge de manière efficace et efficiente les problèmes de santé du citoyen. L'esprit de rente, de conservatisme et de pouvoir n'ajoutera qu'immobilisme et défaillance au système de santé.

L'exploration de l'émergence du secteur privé des soins en Algérie nous a permis de relever le développement exponentiel de ce secteur qui pose de nouvelles problématiques au système de santé algérien. Le secteur privé, largement plus rémunérateur, a induit des conflits d'intérêt surtout pour les médecins exerçant la double activité et participe à l'accentuation des inégalités d'accès aux soins. Pour l'instant, la grande inconnue reste l'établissement des relations contractuelles entre les caisses de la sécurité sociale et les cliniques privées, ce qui permettra un élargissement du marché pour ces prestataires de soins. Ce qui est certain c'est que l'expansion du secteur privé a eu des impacts sur les paiements directs des ménages dans la mesure où les actes médicaux, chirurgicaux et les explorations médicales (scanners, imagerie médicale,...) effectués dans les structures privées de soins sont mal couverts par le système de sécurité sociale, les taux de remboursement sont très faibles. Les ménages déboursent beaucoup plus (en dehors des médicaments remboursés) que les tarifs de remboursement en vigueur.

Malgré les efforts fournis, notre travail comporte de nombreuses insuffisances et sa réalisation n'à pas été sans déclencher certaines difficultés :

La première difficulté qui nous a entravées, c'est l'absence des travaux antérieurs, qu'on aurait pu utiliser comme base comparative et de référence, a vraiment été un obstacle majeur.

La contrainte du temps, pour terminer notre travail.

Enfin, nous espérons que notre travail fera appel à d'autre recherches qui ce porteront sur:

- L'évolution du secteur public de soins en Algérie de 1962 à nos jours.
- La complémentarité entre le secteur public et privé de soins en Algérie
- L'impact de l'émergence et le développement de secteur privé sur le secteur public en Algérie.



Bibliographie



Bibliographie

Ouvrages

- BRAHMIYA B :la dynamique du système de santé algérien, Bilan perspectives, thèse de doctoral, l'université de Montpellier I, 1991.
- Cabanne C.et alii : lexique de géographie humaine et économique, ed Dalloz, 1984.
- DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
- Docteur ALI AIT MOHAND « le système national de santé (SNS) », département de médecine, 2017
- MEBTOUL Mohamed. (2015), « Le système de soin Algérien. De l'élaboration aveugle à un marché hybride et éclaté (1962-2012) », Oran, Algérie
- Oufriha FZ. (2002). « Système de santé et population en Algérie ».Editions ANEP, Alger
- PHELPS C. les fondements de l'économie de la santé, Ed publi-union,
- RACHID BEN AMIROUCHE « technologie d'information et de communication aux services des réseaux de santé », 2003.
- Tanti –Hardouin N : économie de la santé, Ed. Armande colin ;1994 .

Thèses et mémoires

- NOUARA KAID : Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion,
- ZEHNATI Ahcen, les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales, Université de Béjaïa, disponible sur : <https://www.gdri.dreem.free.fr/wp-content/a2-1zahnati-ahcene-communication.pdf>
- ZIANI Zoulikha, Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en science économiques, université AMira de Bejaia, Mai 2012
- ZIANI, Zouina, la problématique de la régulation de la médecine libérale : références à des expériences et enquête auprès de médecines libérales de la wilaya de Bejaia,

Bibliographie

mémoire de master en science économie. Université de Bejaia 2012 /2013 .p.25,
disponible sur :
www.univbejaia.dz/.../La%20problématique%20de%20la%20régulation%20de%20la
(consulté le 06/12/2021).

Articles de revue

- OUFRIHA Fatima Zohra, la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?, revue de cahier de CREAD, n°35-36 «3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1993,

Textes et lois

- Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.
- Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, disponible sur : <https://www.tobaccocontrol.org/.../Algeria%20-%20Prevention%20and%20contr...>,
- Loi n88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé



Table des matières



Table des matières

Remerciements	
Dédicace	
Sommaire	
Introduction générale.....	01
Chapitre 1 : Caractéristiques et évolution du système national de santé	
Introduction	04
Section 01 : Historique de système national de santé en Algérie.....	05
1. Définition des concepts	05
1.1. Santé et médecine.....	05
1.2. Le système de santé.....	05
1.3. La santé publique	06
1.4. Le secteur de la santé.....	07
1.5. Le système de santé.....	07
1.6. Le Système de soin.....	07
1.7. Economie de la santé.....	07
2. Historique et caractéristiques de système de santé en Algérie.....	10
2.1. La phase 1962-1973: vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics	10
2.2. La phase 1974-1988 : Période de la gratuité des soins de santé	11
2.3. La phase (1989-1999).....	12
2.4. La phase 2000 à nos jours : (la période des réformes)	12
Section 02 : Financement et dépenses de la santé en Algérie	15
1. Historique de financement de santé en Algérie.....	15
1.1. Période avant l'indépendance.....	15
1.2. Période du financement mixte (1962-1973).....	15

Table des matières

1.3. Période de la gratuité (1974-1988).....	16
1.4. Période de contribution des ménages et des réformes de 1988 à nos jours.....	17
2. Modalités de financement de santé en Algérie.....	18
2.1. Le secteur public	19
2.1.1. Trésor public	19
2.1.2. Sécurités sociales.....	19
2.1.3. Les ménage.....	20
2.2. Le secteur privé	20
3. Dépenses de la santé en Algérie	21
3.1. Typologie des dépenses de santé.....	22
3.1.1. Les dépenses publiques de santé	22
3.1.2. Les dépenses privées de santé	22
3.2. Facteurs d'accroissement des dépenses de santé en Algérie.....	22
3.3. Les forces et les faiblesses du SNS	23
3.3.1. Les forces	23
3.3.2. Faiblesses	24
3.4. Défis du système de santé et enjeux	24
Conclusion.....	25

Chapitre 2 : Prédominance du secteur privé

Introduction	26
Section 1 : L'émergence de secteur prive de soins	27
1. La privatisation de l'exercice médical en Algérie	27
1.1. Les contraintes qui pesses le secteur privé de soins	27
1.1.1. L'autorisation de s'installer.....	28

Table des matières

1.1.2. Modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé	28
1.1.3. La mise en place d'un zoning	28
1.2. La liberté totale : La levée de toutes les contraintes.....	29
2. La privatisation des personnels de soins	29
2.1. Règlementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirurgiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes	30
2.2. L'offre de soins	30
3. L'apport de l'émergence du privé dans le secteur de la santé.	31
4. Les causes de l'émergence de secteur privée de soin en Algérie	32
4.1. La transition économique : le passage d'une économie planifiée à une économie de marché	32
4.2. Les carences du secteur public et la solvabilité de la demande	33
4.3. Démographie médicale et emploi public	34
5. Les cliniques privées en Algérie	35
5.1. La naissance des cliniques privées	35
5.2. Définition des cliniques privées	36
5.3. Etablissements hospitaliers privés (EHP)	36
5.4. Catégories d'établissement qu'a fait l'objet de textes spécifiques	37
5.4.1. Les cliniques d'accouchement	37
5.4.2. Les centres d'hémodialyse	37
Section 2 : La complémentarité « public-privé »	39
1. Recours des ménages au prestataire privés de la santé	39
2. Les missions de l'hôpital public	41
3. Effets de la privatisation sur l'hôpital public	42
4. Le secteur privé de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou	42

Table des matières

5. Le secteur privé de soins de 1986 à nos jours (Le secteur privé est conçu comme un complémentaire au secteur public).....	43
5.1. La suppression des contraintes de secteur privé	44
5.2. L'ouverture des cliniques privées	44
Conclusion.....	47

Chapitre 3 : La nouvelle loi sanitaire 18-11 de Juillet 2018

Introduction	48
Section 1 : La loi 85-05 (1985) et la loi 18-11 (2018)	49
1. Le Projet de la nouvelle loi sanitaire	49
2. Le développement des hôpitaux privés	50
3. La circonscription sanitaire, le dossier médical unique et le médecin référent.....	52
3.1. Le médecin référent.....	52
3.2. L'observatoire national de la santé.....	52
3.3. La protection des personnes en difficulté.....	53
3.4. Les dispositions relatives au service civil	53
3.5. Les missions de l'établissement public de santé	53
3.6. L'établissement d'aide médicale d'urgence	54
Section 2 : L'apport de la loi 18-11 de Février 2018	55
1. Analyse de la loi santé 2018.....	55
1.1. Le pharmacien et les services liés à la santé : une possible rémunération des services pharmaceutiques	55
1.2. Introduction	55
1.3. Les principes fondamentaux et médecin référent	56
1.4. Un observatoire national de la santé pour traiter les données de santé	56
1.5. Séparation des ordres des professionnels de santé (PS)	56

Table des matières

1.6. La distribution des médicaments et officines privées	56
1.7. Analyses médicales : hors du champ de l'officine	57
1.8. Le pharmacien et les services liés à la santé : une possible rémunération des services pharmaceutiques	57
1.9. Projet d'établissement, démarche qualité et dossier médical unique informatisé	57
1.10. Financement de la santé, comptes nationaux de la santé	58
1.11. Pharmacovigilance	58
1.12. Modalités d'application de la loi	59
1.13. Structures et établissement de santé : le projet d'établissement (art 305 à 314)	59
1.14. Le système national d'information sanitaire	59
1.15. Organisation du Système National de Santé	59
1.16. E-santé	60
2. Comparaison entre la loi 85-05 (1985) et la loi 18-11 (2018)	60
2.1. Structure de la loi	60
2.2. Eléments comparatifs statistiques entre les 2 versions de la loi sanitaire	62
2.3. Distribution des articles et leur volume.....	63
Conclusion	64
Conclusion générale	65
Bibliographie	66
Table des matières	68